

1887-88-n° 8

~~(1^{re} Série)~~

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

1^{re} Série n° 270

~~N° 8 270)~~

DE
L'ERYTHÈME POLYMORPHE
INFECTIEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE SAMEDI 28 JUILLET 1888, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE DE LANGENHAGEN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ. — MENTION TRÈS HONORABLE, 1887

PRIX DE L'INTERNAT, DIT PRIX BÉNIT, 1888

Né à Sarreguemines, le 17 janvier 1865

NANCY

IMPRIMERIE V. MANGEOT-COLLIN ET NICOLLE. 36, RUE GAMBETTA

1888



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555011_0014

DE
L'ERYTHÈME POLYMORPHE
INFECTIEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE SAMEDI 28 JUILLET 1888, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE DE LANGENHAGEN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ. — MENTION TRÈS HONORABLE, 1887

PRIX DE L'INTERNAT, DIT PRIX BÉNIT, 1888

Né à Sarreguemines, le 17 janvier 1865

NANCY

IMPRIMERIE V. MANGEOT-COLLIN ET NICOLLE. 36, RUE GAMBETTA

—
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, V. PARISOT ✱, HERRGOTT ✱,
ROUSSEL ✱, DEMANGE ✱, BÉCHET.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur.
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.....	M. HECHT ✱, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques.....	M. FELTZ, ✱, professeur.
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.
Physique.....	M. CHARPENTIER, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, professeur.
Chimie médic. et Toxicologie.	M. GARNIER, professeur.
Clinique interne.....	M. SPILLMANN, professeur.
Clinique obstétricale et accouchements.....	M. A. HERRGOTT, prof. M. E. PARISOT, profes. adj.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., professeur.
Histologie.....	M. N..., professeur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT.	MM. MACÉ.	MM. VAUTRIN.
ROHMER.	GUÉRIN.	SIMON.
BARABAN.	RENÉ.	REMY.
BAGNÉRIS.	NICOLAS.	P. PARISOT.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✱, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. Spillmann, président; MM. Heydenreich, Schmitt, P. Parisot.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR J. DE LANGENHAGEN

A MA MÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR P. DE LANGENHAGEN

A MON AMI CAMILLE FISTIÉ

A LA MÉMOIRE DE MON AMI SCHNITZLER

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES EN CLINIQUE :

MESSIEURS LES PROFESSEURS SPILLMANN ET HEYDENREICH

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. PARISOT

ET M. LE DOCTEUR HAUSHALTER

Chef de Clinique à la Faculté

A TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ

A MES CHEFS DE L'HOPITAL MILITAIRE

INTRODUCTION

Pendant notre internat dans le service de M. le professeur Spillmann, l'année dernière, nous avons observé plusieurs cas fort curieux d'Érythème polymorphe, dont l'un en particulier évolua d'une façon assez grave et faillit se terminer par la mort. Il nous a paru intéressant de faire une étude quelque peu approfondie de cette affection, encore si peu connue, dont les allures ne sont nullement celles d'une dermatose vulgaire, banale, comme l'eczéma ou l'acné, mais bien celles d'une maladie générale, affectant tout l'organisme et relevant évidemment d'une origine infectieuse, et nous nous sommes décidé, sur les conseils de notre maître, à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons été assez heureux pour recueillir encore, dans le courant de l'année présente, un certain nombre d'observations, soit dans les services de MM. Spillmann et Heydenreich, soit communiquées par MM. les professeurs et agrégés Bernheim, P. Parisot et Simon, que nous nous faisons un devoir de remercier ici; ce qui porte notre total à quinze observations inédites d'Érythème polymorphe infectieux.

Ce chiffre, assez respectable, et qui montre bien que cette maladie n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement, nous

a permis de négliger les observations qui sont rapportées ailleurs, et d'appuyer nos réflexions et nos conclusions uniquement sur des faits qui se sont passés sous nos yeux. Nous espérons ainsi avoir fait une œuvre personnelle, œuvre toute d'École, et non une simple compilation.

Plusieurs de nos chapitres, notamment ceux qui ont trait aux érythèmes infectieux secondaires, à la bactériologie, au traitement par l'iodure de potassium qui, depuis qu'il a été proposé par Villemain, n'a encore été essayé nulle part qu'à Nancy, nous paraissent être de nature à affirmer, dans cette question, l'influence et l'action de notre École, dont nous nous honorerons toujours d'avoir été le disciple modeste, mais dévoué.

Il importe, avant tout, au début de ce travail, de bien définir ce que nous entendons par érythème polymorphe. Si on s'en tient au sens littéral du mot, érythème polymorphe ne rend pas tout ce que nous voulons exprimer; car érythème polymorphe signifie simplement rougeur de la peau de forme diverse, et voilà tout. Or, ce phénomène, rougeur de la peau, peut être produit par une foule de *causes*. Bien des agents physiques, mécaniques, toxiques, médicamenteux ou nerveux, ont sur nos téguments une action telle qu'ils y produisent une congestion et un afflux de sang, partant un érythème passager ou durable. Citons seulement l'action de la chaleur solaire, ou, au contraire, du froid; les chocs, les coups, les traumatismes, l'application de préparations irritantes, les émotions morales, etc.... Mais, à côté de ces érythèmes vulgaires, on voit quelquefois se produire dans le cours de certaines maladies, ou même d'une façon idiopathique, autonome, des lésions hyperémiques de la peau, accompagnées d'une perturbation de la santé générale, qui ne peuvent être rapportées à aucune cause directe et

objectivement appréciable, et qui sont certainement sous la dépendance d'une cause générale, supérieure ; cette cause générale, nous verrons que certains auteurs ont voulu en faire un état constitutionnel et diathésique, d'autres un trouble primitif du système nerveux, d'autres enfin, dont l'opinion est la plus vraisemblable, un principe infectieux introduit dans l'organisme et y produisant une série de phénomènes morbides, parmi lesquels la manifestation cutanée n'est qu'un syndrome.

Eh bien, c'est proprement à ces érythèmes qu'on a donné le nom d'érythèmes polymorphes, mot essentiellement mal choisi puisqu'il indique seulement une *manière d'être* de l'éruption, et nullement sa *raison d'être*, sa cause. Nous pensons donc qu'il est indispensable d'ajouter à ce terme érythème polymorphe, qui ne renseigne que sur l'*aspect* de la lésion cutanée, le mot *infectieux* qui donne en même temps la notion étiologique, et sépare ainsi nettement cette catégorie d'érythèmes de tous les autres ; ou, si on ne veut rien préjuger sur les doctrines qui se partagent cette étiologie, qu'on dise au moins : érythèmes polymorphes de nature générale ; car enfin, il peut y avoir fort bien des érythèmes, toxiques, vaso-moteurs ou autres, qui soient polymorphes ; un érythème de cause toxique pourra très bien se présenter en certains points, sous forme de papules, et ailleurs, par suite d'une exsudation ultérieure dans ces papules, sous forme de vésicules ; ou bien, les papules primitives en s'effaçant, pourront prendre la forme annulaire, ou marginée, ou gyratée : l'éruption sera polymorphe, mais elle ne sera pas infectieuse primitive, elle ne rentrera pas dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Hebra, en créant ce terme érythème polymorphe, a tout simplement voulu montrer et montré en effet, qu'une foule d'érythèmes, qui étaient décrits séparément avant lui, dérivait du

même processus dont ils ne constituaient que des degrés différents, et que par conséquent ils devaient être réunis dans une même description, qu'il y avait non pas un érythème nouveau, lésion cutanée à part, un érythème papuleux, lésion cutanée à part, un érythème vésiculeux, lésion cutanée à part, mais *un seul érythème* avec des degrés différents, pouvant offrir par conséquent diverses formes cutanées, *polymorphe*. Il a ainsi créé l'unité des érythèmes et en a fait une *entité morbide cutanée*, au même titre que l'herpès ou l'eczéma ; mais s'est-il le moins du monde occupé de rechercher la cause ou les causes de l'affection qu'il venait de créer ? En aucune façon ; voici textuellement ce qu'il dit à ce sujet : « On ignore complètement la cause de ces érythèmes. Ils ne sont certainement jamais produits par une irritation locale, et l'on ne connaît aucune maladie (excepté, peut-être, le choléra), dans le cours de laquelle ils apparaissent régulièrement. J'ai rencontré ces affections spécialement chez les jeunes sujets, qui d'ailleurs étaient en parfaite santé. Elles s'observent plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes ; mais il m'a toujours été impossible de découvrir chez les malades eux-mêmes aucune cause prédisposante. Ces érythèmes surviennent souvent après des refroidissements, des écarts de régime ou des émotions morales ; mais à moins qu'on ne puisse démontrer l'existence réelle de ces conditions, je regarde de telles expressions comme de simples lieux communs et des termes vagues (*Gemeinplätze und Schlagworte*) ; et plutôt que de m'en servir, je préfère avouer que la cause de cette affection m'est complètement inconnue (1) ».

(1) Hebra. Traité des maladies de la peau. Trad. Doyon, 1872, T. I, p. 288.

Nous ne saurions trop le répéter, en effet, Hebra n'est qu'un dermatologiste ; dans l'érythème polymorphe, il ne s'occupe que de la lésion cutanée, et il la décrit, comme il décrit la lésion cutanée de la variole et de la scarlatine, comme il décrit les lésions cutanées de la fièvre typhoïde ou de la syphilis. A d'autres, aux médecins de décrire les symptômes généraux des maladies, dont le dermatologiste ne veut voir et ne doit voir que la manifestation extérieure, et de fixer leur place dans le cadre nosologique. A cet égard, qu'on nous permette de bien mettre en lumière un fait sur lequel on n'insiste pas suffisamment d'ordinaire : c'est l'Ecole française qui a, en grande partie, fait admettre cette notion de l'érythème polymorphe maladie infectieuse, ce sont Hardy, Besnier, de Molènes-Mahon, Villemain, et en Allemagne Lewin, qui ont bien fait voir que la *fièvre érythémateuse* n'est pas une dermatose vulgaire, mais une maladie infectieuse à manifestations cutanées, analogue de tous points à la *fièvre scarlatine*. Et même, si nous voulons pousser cette analyse plus loin, nous dirons : bien plus, avant que la notion de l'infection des maladies existât et pût exister, la notion des érythèmes de cause générale existait déjà ; seulement, au lieu de l'infection, c'était la diathèse qui était incriminée, on avait *plusieurs* érythèmes de nature diathésique, rhumatismale (nous disons plusieurs, car c'était avant que Hebra eût établi l'unité anatomique), au lieu d'avoir *une seule fièvre érythémateuse*, de nature infectieuse. Ainsi, pour arriver à cette notion d'une fièvre infectieuse à manifestations cutanées diverses quant à la forme, mais identiques quant au fond, il a fallu trois stades distinctifs : les anciens auteurs avaient établi qu'il y avait *des* érythèmes de cause générale, Hebra, en créant l'unité anatomique, a montré qu'il n'y avait qu'*un* érythème de cause générale, et enfin les auteurs récents ont soutenu que cet *érythème polymorphe* est de nature infectieuse.

D'ailleurs, ce départ, que nous voudrions voir effectuer d'une manière absolue entre les différents érythèmes, est déjà effectué pour les autres parties de la dermatologie ; n'est-il pas reconnu par tout le monde qu'il existe un purpura primitif, infectieux (la maladie de Werlhoff), puis des purpuras symptomatiques qui eux-mêmes peuvent survenir dans les maladies du cœur, par des troubles de la circulation, ou dans des maladies du système nerveux, par des troubles de l'innervation vaso-motrice, ou dans certaines intoxications (antipyrine, sulfate de quinine), ou même secondairement dans des états infectieux classés, tels que la fièvre typhoïde ou la blennorrhagie ; n'est-il pas admis par tout le monde également, qu'il y a une roséole essentielle, idiopathique, la roséole des enfants, qu'on place à côté de la rougeole, et qui est absolument distincte des roséoles symptomatiques (syphilitique, typhique), des roséoles médicamenteuses ou vaso-motrices. Et si nous continuons : n'y a-t-il pas aussi un herpès infectieux, l'herpès fébrile, la fièvre herpétique, et à côté de lui, toute une série d'herpès symptomatiques survenant comme phénomènes secondaires dans certaines maladies ou bien dans certains états nerveux physiologiques, tels que la menstruation ? Nous pourrions passer ainsi en revue toute la dermatologie. Dans tous ces cas la lésion de la peau est toujours la même, mais les causes qui l'engendrent sont multiples. Eh bien, il n'en est pas autrement pour l'érythème ; mais, ce qui pour cette lésion, a compliqué le problème jusqu'à Hebra, c'est que l'unité des efflorescences érythémateuses n'était pas connue : le purpura est toujours le purpura, la roséole est toujours la roséole, tandis que, avant Hebra, l'érythème papuleux n'était pas du tout l'érythème nouveau. Une fois cette unité établie, — et c'est là le grand mérite du médecin viennois, — la classification pathogénique devient aussi facile pour l'érythème que pour le purpura, la

roséole ou l'herpès. Et alors, que voyons-nous? Nous avons là 4 ou 5 lésions qui ont exactement la même pathogénie ; la peau peut réagir, dans des cas identiques, tantôt suivant le type purpura, tantôt suivant le type érythème, tantôt suivant le type herpès ; imaginez un clavier dont les différentes touches sont rangées l'une à côté de l'autre, attendant l'excitation qui viendra les frapper, *les faire sortir* ; de sorte qu'on se figure très-bien ainsi une action nerveuse, toujours la même, une action toxique ou médicamenteuse, toujours la même, venant frapper alternativement les diverses touches de ce clavier et produisant tantôt l'herpès, tantôt l'urticaire, tantôt l'érythème ; si c'est l'excitation *infection* qui met ainsi en jeu les touches de ce clavier, il en résultera un purpura fébrile, ou un herpès fébrile, ou une urticaire fébrile, ou une roséole fébrile, ou un érythème fébrile ; on comprend alors que ces affections aient tant d'analogie en clinique, et qu'on soit tout naturellement porté à les réunir dans la même description, à les identifier. Mais cette question de l'identité de tous les pseudo-exanthèmes, identité à laquelle nous croyons fermement, nous entraînerait trop loin de notre sujet.

Nous avons insisté longuement sur toutes ces distinctions, parce qu'elles ne sont pas encore faites suffisamment ; et si elles étaient faites suffisamment, on ne verrait pas Lewin, et plus récemment Jacquet vouloir faire rentrer de force dans un même groupe, et expliquer, par la même cause, tous les érythèmes, qu'ils soient toxiques, nerveux, ou infectieux primitifs.

Répétons-le donc encore pour la dernière fois. Pour nous, il existe une maladie générale, fièvre érythémateuse, érythème polymorphe infectieux, se comportant comme une fièvre éruptive, et aussi distincte de tous les autres érythèmes que l'est le purpura idiopathique, la maladie de Werlhoff, de tous les purpuras symptomatiques, la roséole essentielle de la roséole

syphilitique. C'est cette maladie, et celle-là seule que nous voulons étudier, et comme il nous semble qu'elle doit être absolument distraite des maladies de peau et décrite en médecine tout comme la variole, la scarlatine et la rougeole, nous pensons faire ici œuvre, non de dermatologiste, — ce à quoi nous ne saurions avoir de prétention — mais de médecin.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante : Après un court historique, nous faisons dans un premier chapitre la description de toutes les variétés cutanées si nombreuses de l'érythème polymorphe, et nous donnons à propos de chaque variété les observations que nous avons pu en recueillir.

Dans notre second chapitre, nous faisons la description clinique de l'érythème polymorphe ; nous exposons sa symptomatologie, sa marche, sa durée, ses complications.

Un troisième chapitre est consacré aux érythèmes polymorphes symptomatiques, et spécialement à ceux qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire aigu ; nous montrerons dans ce chapitre que bien souvent des fièvres typhoïdes ont été diagnostiquées là où il n'y avait que des érythèmes polymorphes à forme typhoïde.

Dans notre chapitre IV, consacré à la pathogénie, nous exposons les théories rhumatismale et angionévrosique, puis la théorie infectieuse à laquelle nous nous rallions entièrement. Nous donnons les résultats des recherches bactériologiques qui ont été faites à Nancy, et qui ont été couronnées de succès.

Le chapitre V renferme le diagnostic et le pronostic. Nous y discutons l'identité du purpura et de l'urticaire avec l'érythème polymorphe.

Enfin, nous exposons les résultats que nous a donnés le trai-

tement par l'iodure de potassium, dont l'action spécifique nous paraît incontestable.

Avant de commencer notre travail, il nous reste un devoir à remplir envers nos maîtres, et nous sommes heureux que la tradition nous offre une occasion de nous acquitter de la dette que nous avons contractée envers eux :

Que M. le professeur Spillmann reçoive l'hommage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant le cours de nos études et l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions M. le professeur Heydenreich, qui nous a prodigué pendant l'année que nous avons passée avec lui les marques d'intérêt et les témoignages de sympathie les plus précieux, d'agréer l'expression de notre vive et sincère gratitude et de notre inaltérable dévouement.

HISTORIQUE

Le terme d'Erythème polymorphe n'est pas bien ancien. Il fut créé par Hebra, il y a une vingtaine d'années : « L'expérience m'a appris que l'*E. papulatum*, *E. tuberculatum*, *E. annulare*, *E. iris*, *E. gyratum* sont simplement des formes de la même maladie à ses différentes périodes, l'aspect variant selon qu'elle est à son début, à la dernière période de son évolution, ou à peu près disparue. Je donnerai à cette affection le nom d'*Erythema muliforme* (1) ».

Avant la description du maître de l'Ecole viennoise, en effet, la confusion était complète, confusion dans les termes, confusion dans les opinions sur la nature de la maladie. Chaque auteur, à mesure qu'il observait une des variétés cliniques si nombreuses de l'érythème polymorphe, la décrivait séparément, sans chercher à la rattacher à d'autres variétés précédemment classées. C'est ainsi qu'avant Hebra, Rayet avait décrit un *érythème iris*, Bielt un *erythema annulare, seu circinatum, seu centrifugum* ; Fuchs un *erythema gyratum* ; d'autres un *E. urticans*, un *E. diffusum* ; sans parler de

(1) Hebra. Traité des maladies de la peau. Trad. Doyon. T. I., p. 284.

l'érythème noueux et de *l'érythème papuleux* qui étaient connus depuis longtemps et rangés parmi les manifestations de la diathèse rhumatismale.

Cette notion de l'unité des différentes efflorescences cutanées de nature érythémateuse ainsi, établie, Hebra sépara la nouvelle maladie du groupe des dermatopathies de nature diathésique, et n'hésita pas à en faire une entité morbide bien distincte qu'il plaça dans sa classe des exsudations cutanées, groupe des dermatoses exsudatives aiguës non contagieuses.

Nous avons vu qu'avant Hebra, la plupart des auteurs faisaient des différents érythèmes généralisés, dont deux surtout, l'érythème noueux et l'érythème papuleux, étaient bien connus, une dermatopathie rhumatismale, en rapport avec cette fameuse diathèse arthritique, à laquelle il est de mode, encore aujourd'hui, d'attribuer une série d'états morbides mal connus et mal définis.

L'Ecole française surtout, et à sa tête Alibert (1), Cazenave (2), Devergie (3), professa cette doctrine. Bazin (4), dans son traité, range les érythèmes, dont il donne une bonne description, parmi ses arthritides, et fait de l'érythème papuleux une arthritide sèche et érythémateuse, de l'érythème noueux une arthritide pseudo-exanthématique érythémateuse.

Avec Rayer (5), apparaît déjà l'idée d'une affection générale ; car cet auteur, tout en admettant la nature rhumatismale de l'érythème, le considère comme l'expression cutanée d'un état général, d'une fièvre, « fièvre rhumatismale. »

(1) Alibert. Monographie des dermatoses. Paris 1825.

(2) Cazenave. Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris. 1847.

(3) Devergie. Traité pratique des maladies de la peau.

(4) Bazin. Affections de nature arthritique et dartreuse.

(5) Rayer. Traité des maladies de la peau. Paris, 1835.

Les Français n'étaient pas les seuls, d'ailleurs, à adopter cette théorie; en Allemagne, Schönlein (1) englobait l'érythème noueux, l'érythème papuleux et le purpura, sous le nom de péliose rhumatismale, dans les manifestations cutanées du rhumatisme; en Allemagne encore, Fuchs (2), Simon (3); en Angleterre, Watson (4), Begbie (5), émettaient des idées qui se rapprochaient plus ou moins de celles de l'école de Saint-Louis.

Cependant une réaction contre cette doctrine se préparait. Déjà Trousseau, dans les deux leçons cliniques qu'il consacre à l'érythème noueux et à l'érythème papuleux (6), était moins affirmatif que ses devanciers, dont il rapporte les opinions, sans trop prendre part lui-même dans le débat; toutefois, au milieu des réserves et des contradictions, il n'est pas difficile de démêler les préférences de l'illustre clinicien de la Charité, et ces préférences sont nettement pour la théorie rhumatismale, quoi qu'en disent de Molènes-Mahon, Germain Sée et Talamon, et la plupart des auteurs récents : les deux citations suivantes ne peuvent laisser aucun doute à cet égard; d'abord, à propos de l'érythème noueux : « L'existence de ces douleurs articulaires semble indiquer la nature rhumatismale de l'érythème noueux; des auteurs du plus grand mérite (Bouillaud, Schönlein, Bazin) ont signalé les relations qui existent entre l'érythème noueux et le rhumatisme. » Et plus loin, lorsqu'il

(1) Schönlein Péliose rhumatismale. 1829.

(2) Fuchs. Die Krankhafte Veränderung der Haut und ihrer Anhängen. Göttingen, 1840.

(3) Simon. Die Hautkrankh. durch anatom. Unters. erläutert. Berlin, 1851.

(4) Watson. Lectures of the pract. of Phys. Vol. II.

(5) Begbie. Arch. gén. de méd. 1850.

(6) Trousseau. Cliniques de l'Hôtel-Dieu. T. I.

parle de l'érythème papuleux, il est encore plus explicite : « Il est difficile de ne pas voir, dans les cas dont je vous entretiens, la confirmation des doctrines de mon collègue de Saint-Louis, M. Bazin, sur les arthritides. Pour ce judicieux observateur, l'érythème papuleux, comme l'érythème noueux, est une arthritide. Différentes quant à la forme, ces deux maladies sont identiques quant au fond, elles dérivent l'une et l'autre d'une diathèse commune, l'*arthritis*. Cette doctrine, éminemment médicale, explique chez le même malade, d'une part, les antécédents de rhumatisme articulaire, et d'autre part, la coexistence des manifestations cutanées avec les accidents pulmonaires et cardiaques. La maladie de la peau est rhumatismale comme le sont les maladies des articulations, du cœur et des poumons. Au fond, ce n'est donc pas l'érythème papuleux qui est grave, c'est la diathèse dont il n'est que l'expression. »

Nous nous sommes étendu un peu longuement sur ce point parce qu'il nous a paru utile de redresser une erreur historique qu'on trouve commise et reproduite presque partout.

Hardy (1), l'un des premiers en France, rompit nettement avec la théorie rhumatismale; il sépara des « érythèmes limités à certaines régions et de cause ordinairement toute locale », les « érythèmes caractérisés par des taches répandues simultanément sur plusieurs points de la surface cutanée, les *érythèmes généralisés* »; il vit clairement et affirma que ceux-ci devaient être rapportés à une cause générale, analogue à celle qui produit les fièvres éruptives, et se rapprocha ainsi aussi complètement que possible de la doctrine moderne. Ce passage d'Hardy mérite d'être cité : « Je considère, dit-il, ces affections comme devant être placées nosologiquement à côté des fièvres

(1) Hardy. Art. Erythème in Dict. Jaccoud.

éruptives auxquelles elles ressemblent sous plusieurs rapports; en effet, l'éruption est disséminée, elle est fréquemment précédée et accompagnée d'un ensemble de phénomènes généraux, et la maladie présente jusqu'à un certain point la régularité de marche qui est si caractéristique dans les fièvres éruptives. »

Ainsi la notion de l'unité anatomique de l'érythème polymorphe est donnée par Hebra; la notion de l'érythème polymorphe, maladie générale, spécifique, analogue aux fièvres éruptives, est donnée par Hardy. Depuis, ces deux idées ont été adoptées par tous les auteurs qui ont écrit soit sur l'érythème polymorphe, soit sur l'une de ses variétés; en France, Revilloud (1), Doyon et Besnier (2), Nodet (3), G. Sée et Talamon (4), Rondot (5), Spillmann (6); en Allemagne, Kaposi (7), Neumann (8), Behrend (9), Pick (10), Uffelmann (11).

(1) Revilloud. Gazette des hôpitaux, 1814, p. 680.

(2) Note des Traducteurs, in Leçons sur les maladies de la peau. Trad. Doyon et Besnier. T. I.

(3) Nodet. Contribution à l'étude des éruptions penphigoïdes aiguës. Thèse de Lyon, 1880.

(4) Progrès médical, 21 avril 1883.

(5) Rondot. Eryth. noueux fébrile et ses complications. Paris, 1883.

(6) P. Spillmann. Annales de Dermatologie, 1880, et Bulletin de l'association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Grenoble, 1885.

(7) Kaposi. Leçons sur les maladies de la peau. Trad. Besnier et Doyon. Paris, 1881.

(8) Neumann. Traité des maladies de la peau. Trad. Darin. Paris, 1880.

(9) Behrend. Art. Erythème in Real Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Berlin, 1883.

(10) Pick. Prager med. Wochenschrift, 1876, n° 20.

(11) Uffelmann. Deutsches Archiv. f. Klin. Med. Band, 1873, nos 4 et 5.

Notons encore, en passant seulement, car nous aurons occasion d'y revenir plusieurs fois dans le cours de ce travail, l'apparition de la théorie de Lewin (théorie de l'angionévrose), qui fut exposée dans le *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1876, et dans les *Charité Annalen*, 1878.

Enfin vint, en 1884, la savante thèse de de Molènes-Mahon (1), la monographie la plus complète et la plus intéressante qui ait paru sur la question, et où est nettement proclamée la théorie de la nature infectieuse de l'érythème polymorphe, théorie que nous venons défendre aujourd'hui et à laquelle les recherches bactériologiques de notre excellent ami et ancien chef de clinique Haushalter (2), ont apporté une confirmation dont l'importance n'échappera à personne.

(1) De Molènes-Mahon. De l'Érythème polymorphe. Thèse. Paris, 1884.

(2) Haushalter. Annales de Derm. et de Syphil. Novembre 1887.

CHAPITRE PREMIER.

DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS ANATOMIQUES DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE. DESCRIPTION ANATOMIQUE ET MORPHOLOGIQUE.

§ 1^{er}. — Définitions.

Avant de décrire la maladie comme aujourd'hui sous le nom d'érythème polymorphe, d'en indiquer les symptômes, les complications, la marche clinique et la durée, il nous a paru indispensable de revenir sur l'aspect des différentes lésions cutanées qu'elle provoque, et qui sont énumérées brièvement dans le passage de Hebra que nous avons cité. Approprions-nous d'abord la description magistrale que donne l'illustre médecin viennois des différentes formes cutanées et de leur transformation l'une dans l'autre :

« L'efflorescence consiste en papules ou tubercules aplatis d'une teinte bleu sombre ou rouge brun dont la grosseur varie de celle d'une lentille à celle d'une fève..... Dans les cas les plus légers, les papules ou tubercules (correspondant à l'*E. papulatum* et à l'*E. tuberculatum*) persistent seulement pendant quelques jours. Ils surviennent aux doigts, et ils ressemblent alors beaucoup aux engelures...

« Si la maladie persiste plus longtemps, les tubercules s'aplatissent, leur coloration rouge s'étend aux parties adjacentes de la peau et disparaît du centre. Un cercle rouge se forme ainsi autour de chaque papule ou tubercule. Cette modification constitue l'*erythema annulare*.

« D'autres fois, cependant, le centre de cet anneau est indiqué par une plus petite papule ; ou bien encore un second anneau peut se développer autour du premier, et à une petite distance ; ainsi on observe soit un petit anneau avec une papule à son centre, soit deux cercles concentriques. Ces efflorescences caractérisent l'*erythema iris*.

« Dans quelques cas, l'affection arrive à son terme après avoir subi ces transformations. Sa durée alors est très courte ; la rougeur des anneaux disparaît successivement, et en laissant seulement après sa disparition une légère pigmentation.

« Dans d'autres circonstances, cependant, les cercles formés par les tubercules ne blanchissent ni ne s'effacent aussi rapidement, mais s'étendent d'abord par leur périphérie. Ainsi les différents anneaux primitivement isolés se rapprochent les uns des autres, se touchent et en dernier lieu se confondent. De cette manière il se forme des lignes sinueuses résultant de la réunion des segments de plusieurs anneaux ; et c'est à cette efflorescence qu'on a donné le nom d'*erythema gyratum seu marginatum*....

« Il résulte donc de la description précédente que l'*erythema papulatum* représente la phase la plus légère, et l'*erythema gyratum* le degré le plus élevé dans le développement de cette affection. Aussi, suivant l'époque à laquelle le même malade sera soumis à l'observation médicale, on pourra diagnostiquer soit un *erythema papulatum* soit un *erythema annulare*, soit un *erythema gyratum*. Il est facile de comprendre comment les dermatologistes qui ont observé de tels

cas seulement à certaines périodes avaient supposé qu'ils se rapportaient à des espèces différentes, tandis que, quand on les étudie cliniquement, on doit adopter ma manière de voir, c'est-à-dire être convaincu qu'ils sont tous identiques.

« Dans quelques circonstances, on voit apparaître simultanément avec cette forme d'érythème des éruptions de même nature, avec la seule différence qu'elles sont vésiculeuses. Elles ont été, en conséquence classées par Willau sous le nom d'*herpès*. Il est toutefois impossible de ne pas admettre que l'*herpès iris* et l'*herpès circinatus* tiennent aux mêmes causes que l'*erythema iris* et l'*erythema annulare* et qu'ils diffèrent seulement en ce que, dans la première de ces deux maladies, les vésicules qui se développent ont une marge aiguë et rapide, sont réunies par groupe et autour d'un centre commun. Tous les autres caractères sont les mêmes dans les deux classes d'affection, et l'opinion exprimée il y a longtemps par Rayer que l'*erythema iris* et l'*herpès iris* sont de simples modifications d'une seule maladie, est parfaitement exacte. »

On le voit, Hebra fait dériver toutes les formes anatomiques de l'érythème exsudatif d'une lésion unique, initiale, la papule érythémateuse, produite elle-même par l'*inflammation* et l'*exsudation* qui se font dans une portion limitée du derme. Si cette papule est un peu plus apparente, si l'exsudation a gagné des couches un peu plus profondes du derme, nous aurons l'*érythème tuberculeux*, qui n'est en somme qu'une variété de l'érythème papuleux. Que l'inflammation et l'exsudation consécutives pénètrent encore plus profondément, et qu'elles infiltrent même le tissu cellulaire sous-cutané, ce sera l'*érythème noueux*.

Si maintenant le centre de la papule primitive vient à pâlir, et qu'il ne reste qu'un anneau plus ou moins congestionné, nous aurons affaire à l'*érythème annulaire ou circiné* ; à ce sujet,

nous nous permettrons une simple observation : il est assez fréquent de voir ces termes d'annulaire, circiné, centrifuge, employés un peu au hasard, et pour des aspects cutanés souvent fort différents ; il en résulte une confusion qui est nuisible à une bonne classification, et qu'il serait désirable de voir cesser. Pour notre compte, nous adoptons la distinction établie par Hebra (T. I, p. 24) : « Il serait utile d'indiquer par des noms distincts les différences existant dans la nature de ces cercles ; car quelques-uns sont constitués par l'arrangement des éléments individuels de l'efflorescence qui forment un cercle autour d'un centre idéal : pour ces cercles, nous voudrions qu'on employât l'épithète de *circinus*, *circinatus*, tandis que les noms d'*annulus*, *annulatus*, *annularis*, devraient être appliqués à ceux qui sont le résultat d'éruptions discoïdes commençant par le centre et arrivant à la formation d'un anneau. »

Pour le terme d'*érythème marginé*, même remarque. Ainsi Hebra appelle marginée une efflorescence discoïde dont les bords ne sont pas parfaitement délimités et séparés de la peau saine adjacente, mais vont en s'effaçant graduellement. De Molènes-Mahon applique le terme de marginées aux bandelettes serpentine qui résultent de l'anastomose de plusieurs anneaux voisins ; enfin Hardy donne l'épithète de marginée à une papule ordinaire, arrondie, pleine, mais dont le contour est plus saillant que le centre.

C'est cette dernière opinion que nous adopterons, réservant le terme d'*érythème gyaté* ou *figuré* aux lignes sinueuses formées par la confluence de plusieurs cercles.

Quelquefois, lorsqu'une papule, en s'étendant peu à peu par sa périphérie et en pâlisant par son centre, s'est transformée en anneau, on voit une nouvelle petite papule prendre naissance au centre de cet anneau, ou bien un deuxième anneau se

développer autour du premier ; c'est l'*érythème iris*, et si, en s'effaçant, les anneaux concentriques deviennent d'abord ecchymotiques, puis jaunâtres, de façon à passer par une série de colorations différentes, on a l'*érythème en cocarde*.

Enfin, *par suite d'une exsudation ultérieure dans les papules*, on peut voir l'épiderme qui les recouvre se soulever en certains points et une vésicule apparaître ; c'est ce que nous appellerons l'*érythème vésiculeux*. Il est facile de comprendre que, si ces vésicules se disposent en cercle, ou bien si, une vésicule se trouvant au centre de la papule primitive, il se forme tout autour d'elle une ou même plusieurs couronnes de vésicules, nous aurons, d'après la définition que nous avons donnée tout-à-l'heure de l'*érythème circiné* et de l'*érythème iris*, un *érythème vésiculeux circiné* ou un *érythème vésiculeux iris* ; c'est à ces formes que l'on a appliqué les dénominations d'*herpès circiné*, *herpès iris*, qui peuvent prêter à confusion à cause du sens généralement attribué au mot *herpès*, et que pour cette raison il vaudrait mieux abandonner.

L'*érythème bulleux* n'est que l'exagération de l'*érythème vésiculeux*, la bulle ne constituant pour la plupart des auteurs (Hebra, Kaposi, Duhring) qu'un soulèvement plus considérable de l'épiderme,

Toutes ces distinctions paraîtront peut être un peu subtiles, mais nous avons tenu à établir rigoureusement notre terminologie pour éviter toute confusion.

Nous allons revenir maintenant sur ces différentes variétés de l'*érythème exsudatif* ; elles peuvent se ranger en somme sous trois types, *érythème noueux*, *érythème papuleux* (avec ses modifications), *érythème vésiculeux* ; nous allons les décrire successivement, en donnant à propos de chacun d'eux les observations que nous avons recueillies.

Mais auparavant, il nous faut encore bien faire remarquer

que toutes ces diverses efflorescences peuvent se trouver et se trouvent le plus souvent réunies, combinées chez le même malade, et c'est pour bien mettre ce fait en lumière que nous allons placer ici deux observations, dont la première surtout est instructive, parce que ce fut précisément le polymorphisme de l'éruption qui permit de faire le diagnostic avec une rougeole :

OBSERVATION I

Erythème papuleux, gyraté, maculeux.

(Personnelle)

Georges A..., 28 ans, typographe, garçon vigoureux sans antécédents arthritiques ; pas de maladies antérieures ; pas de syphilis.

Le 13 mai 1888, ce malade commença à avoir mal à la gorge ; il tousait un peu, était enroué. Le 16 mai, étant à l'atelier, il fut pris de vomissements bilieux qui l'obligèrent à quitter son travail et à rentrer chez lui ; il n'avait pas de céphalalgie, ni de courbature, ni de malaise général ; mais ses maux de gorge étaient devenus plus violents, et il était venu s'y joindre un *léger catarrhe oculo-nasal*, inappétence. Les vomissements continuent toute la journée du 16, mais pas de fièvre. Le 17, reste chez lui, plus de vomissements, les maux de gorge continuent. Le 18, reprend son travail, rien de particulier ; le 19, le 20, id.

Le 21 au matin, remarque sur la paume des deux mains de grosses taches lie de vin, irrégulières, variant du diamètre d'une pièce de 0,50 à celui de pièces de 2, 3 et 5 fr. ; il y avait du gonflement tout autour de ces taches, qui étaient très douloureuses à la pression, et occasionnaient une légère sensation de prurit ; les symptômes d'angine avaient diminué, toujours pas de céphalalgie ni de phénomènes généraux.

Le même soir, 21, apparition d'une éruption généralisée (tronc, tête et 4 membres) ; pas de douleurs articulaires, démangeaisons. Le lendemain, 22 mai, nous voyons le malade.

Etat actuel : Tout le corps est couvert d'une éruption qui présente différents aspects : en certains endroits, principalement aux membres inférieurs, on voit de petites papules isolées, de la taille d'un gros pois, *rouge vif*, légèrement surélevées sur un fond blanc, sans trace de desquamation ni de vésiculation. Mais, dans la plupart des régions, ces papules sont confluentes, réunies en larges plaques qui sont les unes régulièrement saillantes, de couleur uniforme, les autres irrégulières, festonnées et présentant (spécialement à l'avant-bras) l'aspect d'une carte géographique. Ces plaques sont disposées à peu près symétriquement aux deux membres ; la face dorsale des deux poignets est occupée par un large placard papuleux.

Dans le dos, deux larges plaques érythémateuses diffuses (sans rebord saillant), disposées symétriquement de chaque côté de la ligne médiane. Au thorax, id.

Sur la paume des mains se voient les taches qui ont apparu les premières et qui diffèrent totalement comme aspect des autres. Tandis que les autres, en effet, sont de petites *papules* lenticulaires, *rouge vif*, isolées ou agglomérées, et ressemblant absolument à l'éruption de la rougeole dite boutonneuse, celles des mains sont des *macules* non surélevées, *lie de vin*, entourées d'une légère zone d'œdème, et douloureuses à la pression (on ne sent pas de nodosités dans les tissus profonds).

A la face, macules violacées, confluentes, assez analogues à celles de la paume des mains. Au cuir chevelu, rougeur diffuse.

En résumé, l'éruption comprend trois éléments bien distincts :

1° A la paume des mains, macules lisses, violacées.

2° Au thorax et dans le dos, larges placards érythémateux scarlatini-formes.

3° Sur les membres, papules (petites papules lenticulaires, soit isolées, soit agglomérées, et formant dans ce dernier cas soit de grosses papules, soit des dessins variés).

Pas d'albumine dans les urines. Rien au cœur. Rien à la poitrine. La gorge ne présente rien d'anormal (les picotements ont d'ailleurs disparu, mais l'enrouement persiste). *Le même soir, 22 mai*, nous revoyons le malade : même état ; Temp. 38° à la main. On prescrit deux grammes d'iodure de potassium.

23 mai. Le malade prétend que ce matin, lorsqu'il s'est réveillé, la

figure était toute bouffie, violette comme les mains; et que, dans le courant de la matinée, de larges plaques papuleuses blanches auraient apparu sur les bras.

A 5 heures du soir, au moment où nous voyons le malade, il ne présente plus trace de cette nouvelle poussée qui se serait faite le matin; au contraire, l'éruption a diminué notablement par rapport à hier. Les macules de la face ont considérablement pâli, le front est dégagé; les larges placards érythémateux du dos et du thorax ont presque disparu. Sur les bras, l'éruption a pâli également, et les macules violacées de la paume des mains sont presque effacées à gauche, complètement effacées à droite.

Le malade aurait eu de nouveau des vomissements bilieux ce matin; douleurs dans les reins depuis hier soir. Dit avoir beaucoup toussé la nuit; on entend, à l'examen de la poitrine, quelques sibilances à l'expiration. La langue est un peu chargée; le malade dit avoir de l'appétit. Temp. 38° à la main.

Traitement: continuation de l'iodure de potassium; sirop de codéine pour la toux.

24 mai. Aurait eu ce matin une nouvelle poussée fugace d'efflorescences maculeuses, violacées, surtout au ventre et aux jambes.

A 5 heures du soir, l'aspect est le même qu'hier plutôt diminué.

25 mai. Aurait eu ce matin encore une poussée, mais moins caractérisée.

Le soir, on voit en effet quelques macules violâtres sur le ventre. Le reste de l'éruption a disparu, sauf quelques petites papules qui persistent encore aux membres inférieurs.

Apyrexie à la main.

Le malade tousse encore, a de la céphalalgie depuis hier. Encore quelques sibilances au thorax.

26 mai. Le malade est levé. Pas de nouvelles poussées depuis hier. Plus de céphalalgie. Langue nette.

28 mai. Pas de nouvelle poussée. Appétence, tousse encore un peu.

1^{er} juin. Le malade a repris son travail depuis hier. Ne tousse plus.

OBSERVATION II.

Erythème papuleux, annulaire, gyralé.

(Communiquée par M. le professeur agrégé P. Parisot.)

Femme de 35 ans, sans profession. Constitution débilitée ; pas d'antécédents rhumatismaux.

Depuis le 19 mai 1888, malaise général, courbature, douleurs au niveau des jointures ; fièvre probable (soif assez vive) ; obligée de s'aliter.

Le 22 mai, au matin, la malade aperçoit des taches rouges sur les faces postérieures des jambes, variant du diamètre d'une pièce de 0 fr. 20 à celui d'une pièce de 0 fr. 50, légèrement surélevées, douloureuses à la pression, couleur rouge lie de vin.

Le 23, persistance de ces papules qui s'accompagnent d'autres éléments circinés occupant la partie antérieure des jambes.

Depuis quelques jours, toux légère avec douleurs vagues dans la poitrine.

Le 24, les papules ne sont plus apparentes ; on ne voit plus que des macules brun jaunâtre, disposées en S, et rappelant les taches qu'on trouve chez les femmes faisant usage de chaufferettes ; à la partie inférieure des cuisses, cependant, se trouvent encore quelques plaques érythémateuses.

Temp. 38°5 à la main. Langue blanche ; inappétence. Hier douleur dans le poignet droit ; aujourd'hui douleur dans l'articulation métacarpo-phalangienne droite.

A l'auscultation, respiration rugueuse et ronchus dans les fosses sus et sous épineuses gauches au moment des quintes de toux.

Bruit du cœur normaux.

Coloration pâle du visage. Se plaint de faiblesse générale.

Traitement : iodure de potassium, 2 gr.

Quelques jours après, la malade est revue ; il ne restait presque plus trace de l'éruption ; il n'y avait plus de ronchus dans la poitrine ; mais la faiblesse était toujours très marquée.

§ 2. — Erythème noueux.

Cet érythème, appelé encore *dermatite contusiforme*, *urticaire tubéreuse*, n'est pas rangé par tout le monde dans l'érythème polymorphe. Sans nous arrêter à cet égard sur l'opinion des auteurs anciens, qui ne peut faire foi en la matière, et que nous avons d'ailleurs suffisamment indiquée, nous voyons Hebra, le créateur de l'érythème polymorphe, décrire l'érythème noueux séparément dans un chapitre spécial qu'il met, il est vrai, à la suite de l'érythème exsudatif multiforme et dans la même classe, mais qu'il commence ainsi : « Différent des affections que je viens de décrire par sa forme, le volume des tuméfactions qu'elle produit, sa marche et aussi par les symptômes qui l'accompagnent, l'*erythema nodosum* doit être décrit comme une maladie indépendante. »

Kaposi fait déjà un pas de plus ; car, quoiqu'il adopte la même division que Hebra, il fait une déclaration différente au début de son chapitre ; « l'érythème noueux, dit-il, se rattache directement, sous le rapport pathologique, à l'érythème multiforme. »

Neumann, lui, est un adversaire décidé de l'identité des deux affections ; au contraire Lewin, Auspitz, Behrend, l'admettent sans réserve.

En France, citons pour mémoire Trousseau, dont il est bien difficile, après avoir lu les deux cliniques qu'il consacre à la comparaison de l'érythème noueux et de l'érythème papuleux, de deviner l'opinion, en raison des contradictions dont ces quelques pages fourmillent.

Germain Sée et Talamon, dans la communication, déjà citée par nous, qu'ils ont insérée dans le Progrès médical du 21 avril 1883, font bien de l'érythème noueux une fièvre spéci-

fique, analogue aux fièvres éruptives, et s'attachent à le séparer du rhumatisme, mais n'examinent pas la question qui nous occupe en ce moment.

Besnier et Doyon, dont l'autorité en la matière fait foi, déclarent au contraire expressément (in Kaposi, note des traducteurs, T. 1. p. 379) ; « Malgré l'opinion contraire émise par quelques auteurs, l'érythème noueux ne constitue qu'une variété de l'érythème multiforme ; la nodosité elle-même dépend souvent d'une manière exclusive, du siège de l'érythème aux membres inférieurs, et particulièrement aux jambes, où la faculté d'œdématisation est portée à un haut degré. Il n'est rien d'aussi ordinaire que de voir l'érythème assez plat aux membres supérieurs ou autour du genou devenir tout-à-fait noueux dans les régions tibiales. »

Les auteurs des travaux récents, de Molènes-Mahon, Marquet (1), Haushalter (2), Villemin (3), font tous rentrer l'érythème noueux dans l'érythème polymorphe ; c'est également l'avis de M. le professeur Spillmann, et nous n'hésitons pas à l'adopter entièrement ; combien de fois n'avons-nous pas vu, depuis le court espace de temps que nous nous occupons de cette question, des nodosités exister chez le même individu, en même temps que des papules ou des vésicules ; nous donnons plus loin une belle observation de ce genre, où l'éruption se caractérisa par trois modalités, des papules des nouures, et de larges placards érythémateux lisses : (V. Observ. IX).

Nous n'avons pas l'intention de décrire longuement les lésions cutanées de l'érythème noueux. Tout le monde connaît ces nodo-

(1) Marquet. De l'érythème polymorphe. Thèse Paris 1885.

(2) Loc. cit.

(3) Villemin. Gaz. hebdomadaire, 1886, nos 22 et 23.

sités arrondies, dures, d'une couleur rouge-violacé, ecchymotique, qui les fait ressembler à des coups (dermatite contusi-forme), très douloureuses à la pression, et accompagnées d'une zone d'œdème collatéral qui peut être très étendue. « Au point de vue anatomique, nous dit Kaposi, ces nodosités consistent souvent en une infiltration séreuse de toutes les couches des tissus, y compris le tissu cellulaire sous-cutané, avec stase capillaire simultanée, au début artérielle, puis veineuse. »

On sait que leur localisation habituelle est au niveau des tibias, mais elles peuvent se rencontrer partout, notamment aux cuisses, aux fesses, aux bras, plus rarement au tronc ou à la face. Leur durée est ordinairement de deux à quatre semaines ; mais il y a souvent plusieurs poussées.

Nous possédons plusieurs observations d'érythème noueux :

OBSERVATION III.

Erythème noueux.

(Service de M. Spillmann, 1886. Résumée).

15 Novembre. Charlotte B., 14 ans, ouvrière en chaussures, fille pâle, lymphatique, antécédents scrofuleux.

Malade depuis quinze jours (céphalalgie, fièvre, coliques, points de côté ; grande fatigue dans les membres, spécialement dans les jambes ; douleurs dans les jointures) ; apparition, il y a 10 jours environ, de nodosités rouge violacé sur les bras et les jambes, causant une démangeaison assez vive, et très douloureuses à la pression.

Ces nodosités varient depuis le volume d'une lentille jusqu'à la taille d'une pièce cinq francs ; elles existent surtout à la face interne des tibias, mais il y en a sur les cuisses et les bras. Il existe de l'œdème des deux jambes, surtout au niveau des malléoles.

Temp. 39,5. La langue est blanche ; pas d'appétit. Appareils circulatoire et respiratoire normaux (la malade dit tousser un peu). Pas d'albumine dans les urines. Céphalalgie ; cauchemars.

Traitement : Iodure de potassium, 2 gr.

16 Nov. Les taches de la cuisse ont pâli, et sont devenues bleuâtres ; un peu de congestion pulmonaire à la base droite. Douleurs dans les deux poignets.

17 Nov. La couleur des nodosités et leur saillie s'effacent de plus en plus ; la douleur qu'elles provoquent est moindre également.

18, 19 *id.* La congestion pulmonaire a disparu. Apyrexie.

22 Nov. Nouvelle poussée de nodosités au bras droit, au-dessus du coude.

25 Nov. L'éruption a disparu partout ; il existe encore un peu de gonflement au niveau du tibia.

La malade est encore faible, n'a pas d'appétit, marche difficilement.

OBSERVATION IV.

Erythème noueux.

(Service de M. le prof. V. Parisot. Juillet 1886. Résumée).

Marie X., 28 ans, domestique, chloro-anémique. Souffrante depuis quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital ; elle avait présenté un appareil fébrile, accompagné de gonflement du genou droit, et de taches rouge violacé, saillantes, douloureuses, au niveau des jambes.

A son entrée, temp. 38°. Inappétence. Plus de gonflement articulaire.

A la face externe de la jambe droite, une plaque rouge vineux, saillante et douloureuse à la pression, mesurant environ 8 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur ; à quelques centimètres de là, une seconde plaque du diamètre d'une pièce de 5 fr. ; à la jambe gauche, d'autres petites nodosités.

Un peu d'œdème périmalléolaire aux deux jambes.

Traitement : iodure de potassium.

Le lendemain, plus de fièvre; l'appétit renaît. Les plaques, au bout de 2 jours, n'étaient plus douloureuses; et 4 jours après, il n'y avait plus de traces de l'érythème, sauf la grande plaque qui siégeait à la partie externe de la jambe droite, et qui redevenait apparente dans la station debout.

Pendant un certain temps, la malade a conservé une grande faiblesse dans les jambes, et un gonflement au niveau des malléoles.

OBSERVATION V.

Érythème noueux.

Due à l'obligeance de M. le professeur Bernheim (Résumée).

Lucie X..., 14 ans, cordonnière, entre le 26 mai 1883, dans le service de M. le professeur Bernheim. Souffrante depuis le 20 mai; anorexie, soif vive; vomissements bilieux (3 à 4 par jour; pas de céphalalgie; douleurs dans les deux jambes, surtout dans les genoux. L'éruption apparaît le 21.

On constate le 26 : Temp. 39,2 s., 38,2 m. A la face antérieure des deux jambes, de chaque côté de la crête des tibias, se voient des nodosités rouges, saillantes, circulaires, mal circonscrites, grosses comme des pièces de 0 fr. 50 c. et de 1 fr., entourées d'une zone rosée plus pâle. Il existe également des nodosités, mais plus petites, au niveau des genoux, sur les cuisses, au pli du coude gauche.

Langue blanche; selles normales. Appareils respiratoire et circulatoire normaux.

28 mai. Temp. 38,6 s., 38 m. Les plaques des jambes pâlissent; quelques-unes prennent une couleur jaune ecchymotique. — Sur les bras, il s'est fait une nouvelle poussée;

Langue peu chargée. Céphalalgie. A vomi une fois hier.

29 mai. Les premières nodosités continuent à pâlir; trois nouvelles ont apparu sur l'avant-bras gauche.

Temp. 39,6 s., 37,2 m. Inappétence; langue blanche. Plusieurs vomissements hier; respiration normale.

30. Se plaint de douleurs sur les côtés du cou; un peu d'engorgement ganglionnaire.

31. Deux nouvelles papules à la face interne des genoux. Les plaques des jambes pâlissent.

A eu 4 selles diarrhéiques hier.

1^{er} juin. Taches encore visibles aux membres inférieurs, jaunes violettes.

A eu une selle diarrhéique hier.

Sort le 5 juin. Après sa sortie, reste faible, anémiée pendant longtemps; a des palpitations de cœur; est sujette aux vomissements; tousse un peu.

On sait que Hardy avait prétendu que les tumeurs noueuses pouvaient, à un moment donné, et dans les formes chroniques, présenter une sensation de fluctuation, et même s'abcéder et s'ouvrir. Kaposi, Hebra s'inscrivent en faux contre cette assertion, et il déclarent formellement que les nodosités ne renferment jamais de cavité, ne se ramollissent pas et ne suppurent jamais.

Trousseau, dans sa clinique sur l'érythème noueux, rapportant l'opinion de Hardy, pense que cet auteur a été induit en erreur et que cet état de chronicité des nodosités avec ou sans ulcération, doit sans doute être rattaché à une affection scrofuleuse qui donnait à la maladie son aspect insolite.

L'érythème noueux est celle de toutes les variétés de l'érythème polymorphe qui s'accompagne le plus constamment de phénomènes généraux, et spécialement de douleurs dans les articulations ou dans la continuité des membres. C'est même pour cette raison que Hebra et Kaposi, qui ne pouvaient nier ce fait, ont décrit l'érythème noueux à part des autres variétés de l'érythème polymorphe, auxquelles ils contestent toute espèce d'influence sur la santé générale.

L'érythème noueux est aussi la forme qui s'accompagne le plus souvent de complications, et notamment de complications cardio-pulmonaires. G. Sée et Talamon (1) en rapportent plusieurs exemples. Besnier et Doyon disent de leur côté (2) : « Les variétés noueuses de l'érythème polymorphe sont des plus remarquables par l'intensité de l'affection, sa durée, la répétition des actes éruptifs, non moins que par la multiplicité des manifestations diverses (appelées improprement complications) du processus érythémateux sur divers organes ou tissus). »

On sait que Trousseau professait une opinion contraire, et considérait l'érythème papuleux comme plus grave que l'érythème noueux ; cette assertion ne trouve plus guère de partisans aujourd'hui.

§ 3. — Érythème papuleux.

L'érythème papuleux est avec l'érythème noueux la forme la plus fréquente de la maladie de Hebra. Nous ne nous attardons pas à décrire longtemps cette forme, dont nous avons déjà suffisamment parlé ; rappelons seulement que les papules sont caractérisées par des élevures, faisant saillie à la surface de la peau, disparaissant sous la pression du doigt, ordinairement rouge vif, reposant sur un fond sain ou rouge lui-même, confluentes ou isolées, et pouvant varier, dans ce dernier cas, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noisette et même au-dessus. Ces papules apparaissent ordinairement en premier lieu à la face dorsale de la main et du pied, et c'est là qu'elles persistent également le plus longtemps ; cette localisation est presque caractéristique.

(1) Loc. cit.

(2) In Kaposi. Note des traducteurs, T. I, p. 380.

Il est rare qu'on observe des cas d'érythème papuleux simple, nous voulons dire dans lesquels les papules primitives ne soient pas accompagnées de nouures ou ne se transforment pas suivant l'un ou l'autre des processus que nous avons signalés ; l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Bernheim en représente un cas :

OBSERVATION VI

Erythème papuleux.

(Résumée).

Petronille R., 18 ans, marchande ambulante, entre à l'hôpital le 5 avril, dans le service de M. Bernheim. Pas d'antécédents arthritiques (migraine de temps en temps).

Il y a un mois environ, la malade ressentit un malaise général, avec céphalalgie, courbature, inappétence, puis, au bout de quelques jours, de la fièvre (frissons, sueurs). Cet état dura environ 15 jours ; au bout de ce temps, des papules rouges, entourées d'une zone d'œdème, variant du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50 c. à celui d'une pièce de 5 fr., apparurent aux deux jambes ; en même temps point de côté et toux. — Trois jours après, de nouvelles papules apparurent à la face.

Lorsque la malade entre à l'hôpital, on ne voit plus que des traces de l'éruption ; des macules brunâtres aux jambes, à la face une surface ovale recouverte de desquamations au niveau du nez, et sous l'œil droit une macule rouge violacée. — Il existait une bronchite assez intense ; rien au cœur ; pas d'albumine dans les urines.

Traitement : iodure de pot., 2 gr.

Le plus souvent les papules passent par la série des modifications que nous avons décrites, et sur lesquelles nous ne voulons pas revenir ici ; contentons-nous de citer deux belles

observations d'érythème marginé et d'érythème iris; M. le professeur agrégé Simon a bien voulu nous communiquer la première, nous avons recueilli la seconde dans le service de M. le professeur Heydenreich:

OBSERVATION VII

Érythème marginé.

Arnold Dietrich, 12 ans, entre le 27 juin 1888 à la Maison de Secours, dans le service de M. Simon. Se dit malade depuis le 23 juin au matin; la veille il était très bien portant, avait bien soupé et bien dormi. Le 23, en se réveillant, il vit des taches rouges sur la face dorsale de la main gauche; ces taches causaient une sensation de prurit assez intense. Le soir, la face était envahie, le lendemain la main droite.

N'a eu ni frissons, ni céphalalgie, ni diarrhée, ni vomissements. A toujours eu bon appétit.

27 juin. État actuel. Temp. 37°. Sur le dos de la main gauche, on constate des papules arrondies, dont le centre est jaunâtre et le contour, plus saillant, rose; quelques-unes, fusionnées ensemble, ont une forme irrégulière; elles varient depuis la dimension d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 5 fr. allongée. Quelques papules roses sur les doigts et les poignets. A la main droite, une vingtaine de petites papules peu saillantes. A la face, nombreuses plaques d'érythème, confluentes, surtout à gauche, plus discrètes à droite, occupant la partie inférieure des joues et le menton. Rien sur le tronc, ni sur les membres inférieurs. Langue peu chargée. Appétence. Rien à la gorge.

28 juin. Apyrexie. A la face, l'éruption a un peu pâli, mais le relief des plaques persiste; légère desquamation superficielle. A la main droite, l'éruption persiste au même degré. A la main gauche, les plaques sont presque toutes fusionnées, présentent une coloration rosée au bord, blanchâtre au centre; quelques petites papules miliaires ont apparu à la face dorsale du poignet.

29 juin. Les taches s'effacent sur les mains et les poignets. La face continue à se desquamer.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

2 juillet. *Quantité notable d'albumine dans les urines.* L'éruption continue à pâlir, n'existe plus aux mains.

4 juillet. Pas d'albumine dans les urines. L'éruption a presque complètement disparu.

5 juillet. Pas d'albumine. L'éruption n'existe plus. Le malade sort.

Des cultures faites avec la sérosité des papules de ce malade, ont donné un résultat que nous exposerons plus loin.

Notons encore, dans ce cas, l'absence complète de phénomènes généraux, fait assez rare et sur lequel nous reviendrons.

OBSERVATION VIII

Erythème papuleux, iris.

Victor F..., 13 ans, garçon de courses, entre le 3 novembre 1888, dans le service de M. le professeur Heydenreich.

Souffrant depuis 5 jours (douleurs dans les articulations des doigts, puis fièvre, frissons, céphalalgie, malaise général, nausées, douleurs dans les deux coudes). L'éruption apparaît le 2 novembre.

Le 3 nov. *État actuel.* Temp. 40 hier soir, 38,4 m. On observe sur toutes les parties du corps, sauf à la face, une éruption papuleuse, irrégulièrement distribuée, mais surtout abondante au niveau des fesses et des cuisses. Ces papules, à contours arrondis, présentent la disposition suivante : au centre, un petit cercle rouge, congestionné, puis un anneau blanchâtre, et enfin une zone périphérique de nouveau congestionnée ; pas de trace de vésiculation nulle part. Quelques papules, en très petit nombre, ne présentent qu'une teinte rouge uniforme.

La plupart de ces papules sont isolées ; mais, en quelques points, elles sont confluentes, et se touchent par leur circonférence, de manière à former une large plaque dans laquelle on reconnaît parfaitement les trois ou quatre papules primitives avec leurs différentes zones.

Au niveau des deux genoux, sur le bord interne des deux pieds, et

aux poignets, on observe de larges plaques papuleuses, d'une rougeur uniforme, de la grandeur de la main environ.

Rien dans le dos sinon une petite papule vers la partie moyenne.

Rien à la face, sauf une petite papule au menton.

Aux deux avant-bras, face palmaire, rougeur érythémateuse diffuse, démangeaisons assez vives ; ailleurs, le malade n'éprouve pas de démangeaisons, et la pression des papules n'est pas douloureuse.

Fonctions digestives normales ; appétit conservé ; tendance à la constipation.

Céphalalgie ; un peu d'abattement, le malade dit tousser un peu depuis quinze jours environ. A l'auscultation, quelques ronchus et sibilances disséminées en arrière ; premier bruit du cœur un peu sourd.

Pas d'albumine dans l'urine.

Traitement ; iodure de potassium 2 gr.

5 nov. — Temp. 38,8 s., 37,5 m. L'éruption a pâli depuis hier ; aux pieds, on aperçoit un commencement de différenciation en papules sur les larges plaques érythémateuses constatées hier.

Va très bien. Plus de céphalalgie. Appétence.

6 nov. — Temp. 38 s. 37,5 m. — A bien dormi ; pas de céphalalgie.

L'éruption pâlit ; pas de nouvelles taches.

7 nov. — Apyrexie. L'éruption pâlit de plus en plus partout, sauf au niveau des fesses. Pas de desquamation épidermique, sauf une très légère zone aux deux talons. Aux deux bras, plus de rougeur du tout. On ne distingue plus de cercles concentriques sur aucune papule.

Ne tousse plus. A l'auscultation, on n'entend plus de sibilances dans la poitrine ; le premier bruit du cœur paraît moins sourd qu'au début.

8 nov. — Apyrexie. Les macules sont de plus en plus pâles ; elles commencent également à pâlir aux fesses,

9 nov. — On ne distingue plus que des macules brunâtres. Pas d'albumine dans l'urine.

Enfin, n'oublions pas de signaler la *coexistence* fréquente, chez un même individu, des formes papuleuse et noueuse ; cette coexistence n'avait pas échappé à Trousseau, et paraît l'avoir gêné considérablement lorsqu'il cherche à faire de ces deux formes deux affections distinctes. Voici une observation qui met bien ce fait en lumière :

OBSERVATION IX

Erythème papulo-noueux.

Catherine E., 15 ans, domestique, entre le 4 juin 1887 dans le service de M. le professeur Spillmann. Rien à relever dans ses antécédents, qu'une fièvre typhoïde à l'âge de neuf ans.

Le 30 mai, la malade eut des douleurs assez fortes dans les genoux. Le lendemain, elle ressentit de la céphalalgie, un malaise général, de de l'inappétence. Cet état dura ainsi, pendant cinq jours, jusqu'au 4 juin. Le 4 juin, la malade vit, en s'éveillant, qu'elle avait les bras et les jambes couverts de macules rougeâtres. En même temps, elle eut plusieurs petits frissons, de la rachialgie, le malaise augmenta, et elle fut obligée de s'aliter.

5 juin. *Etat actuel.* Temp. 38,5 m. 39 s. — On constate sur les quatre membres, qui sont œdématisés un mélange d'éléments papuleux et noueux, rouges, plus ou moins régulièrement arrondis, variant du diamètre d'une pièce de 0 fr. 20 sur les bras à celui d'une pièce de 5 fr. sur les cuisses, très douloureuses à la pression.

Rien sur le tronc.

Il existe toujours de la douleur des deux genoux, au moindre mouvement que fait le malade. Pas de douleurs dans les autres articulations.

Rien de particulier à la poitrine. Le premier bruit du cœur est un peu sourd.

Langue blanchâtre ; état saburral des voies digestives. Inappétence ; pas de diarrhée.

Pas d'albumine dans les urines.

6 Juin. Aujourd'hui l'éruption a envahi le tronc. Le dos et les lombes sont recouverts de petites macules, rouge vif, non surélevées, de la taille d'un pois ou d'une lentille. Sur l'épaule gauche, il existe un véritable placard scarlatiniforme irrégulier, très large.

Sur les membres les nodosités ont le même caractère qu'hier, mais quelques-unes sont devenues plus sombres, ressemblent à des ecchymoses.

Temp. 38,4.

Traitement : iodure de pot. 2 gr.

7 *Juin*. Temp. 38,8 s. 38,4 m. L'éruption du dos a disparu : mais de nouvelles taches ont apparu sur les bras. Langue humide ; la malade dit avoir de l'appétit.

8 *Juin*. Temp. 38° s. ; 37,2 m. L'éruption a pâli considérablement ; seule l'une des nodosités de la jambe gauche a conservé une teinte rouge sombre.

Epistaxis assez abondante ce matin.

9 *Juin*. L'éruption continue à pâlir, même la nodosité de la jambe gauche. Plus de douleurs dans les genoux ; la malade se lève.

11 *Juin*. L'éruption a complètement disparu.

La malade sort le 12 juin.

§ 1. — Érythèmes vésiculeux et bulleux.

L'érythème vésiculeux est caractérisé par le soulèvement de l'épiderme, au-dessus des placards érythémateux primitifs, sous forme de petites vésicules remplies d'un liquide séro-citrin ; ainsi, c'est à la séparation du derme et de l'épiderme que se fait cette exsudation secondaire, tandis que l'exsudation primordiale avait eu lieu dans les mailles même du derme.

Cette forme de l'érythème exsudatif correspond à l'hydroa, qui est décrit depuis longtemps, surtout dans Bazin, et que tous les auteurs modernes, Hebra, Duhring, Neumann, et en particulier de Molènes-Mahon, rangent sans exception dans l'érythème polymorphe.

Nous avons déjà parlé des dispositions circinées, iris que peut affecter cette éruption vésiculeuse, et qui constituent l'herpès circiné et l'herpès iris, — le terme herpès signifiant ici simplement vésicule, et n'ayant rien de commun avec l'herpès vulgaire labial ou génital. On conçoit que ces vésicules, en se rompant, vident leur contenu, qui se dessèche

ensuite et se concrète sous forme de croûtelles plus ou moins volumineuse ; aussi est-ce la variété où se rencontrent le plus souvent les croûtes et les excoriations. L'observation, que nous donnons ci-après, montre que ces croûtes peuvent atteindre un volume assez notable, et, dans ce cas, si la malade n'avait été aussi précise et aussi affirmative sur la description de l'éruption à son apparition des différentes phases par lesquelles elle avait passé, il eût été impossible de faire le diagnostic :

OBSERVATION X.

Erythème vésiculeux iris (herpès iris).

Personnelle.

X., 26 ans, couturière. Pas d'antécédents arthritiques. Pas de maladies antérieures ; bonne santé habituelle.

Le 6 avril, cette personne s'aperçoit qu'elle présente à l'avant-bras droit, face dorsale, un peu au-dessus du poignet, une petite vésicule entourée d'une zone rouge. (Elle n'a présenté à aucun moment, aucun phénomène général, ni céphalalgie, ni malaise, ni inappétence, ni douleur dans les jointures ; elle a travaillé comme d'habitude). Pendant quelques jours, cette petite zone-rougeâtre augmenta ; bientôt, une petite couronne de vésicules miliaires se forma sur le rebord de cette zone, qui commença à pâlir ; puis une deuxième couronne de vésicules apparut au bout d'une dizaine de jours ; en même temps, trois autres vésicules, plus grosses, et ne présentant pas la disposition circinée, se montrèrent dans le voisinage ; ces dernières restèrent isolées, et ne s'entourèrent pas de zones concentriques.

25 *Avril*. Depuis trois jours, des croûtes se sont formées à la place des vésicules. On ne voit plus actuellement que deux larges croûtes brunâtres à la face dorsale de l'avant-bras droit.

Rien ailleurs.

Voici encore une observation d'érythème vésiculeux, remarquable celle-là à plus d'un titre (chronicité, poussées successives, effet de l'iodure de potassium, présence de microorganismes dans le sang et l'urine), et que nous aurons occasion de citer plus d'une fois encore dans le cours de ce travail :

OBSERVATION XI.

Erythème vésiculeux (1).

A. V., 22 ans, étudiant en médecine.

Depuis les premiers jours de juillet, ce jeune homme éprouvait de légers maux de tête et une lassitude générale.

11 *Juillet* 1887. Malaise, courbature. Apparition sur la poitrine d'une bulle grosse comme un petit pois.

12 *Juillet*. Douleurs musculaires, allant progressivement toute la journée. Le soir, apparition dans le dos et sur la poitrine de bulles grosses comme un pois, remplies d'un liquide citrin.

13 *Juillet*. Temp. soir. 39,6. P. = 110.

Nuit mauvaise. Le malade ne peut se lever. Eruption de petites bulles sur le corps entier, pieds, jambes, dos, face, cuir chevelu. Quelques vésicules également sur la muqueuse préputiale, et sur la muqueuse buccale (face interne des joues). A la face, outre les bulles qui étaient peu nombreuses, existaient de petites papules douloureuses, grosses comme une lentille, entourées d'un cercle rouge.

Pas de douleurs articulaires. Céphalalgie.

14 *Juillet*. T. s. 39,6. P. = 110.

Quelques-unes des bulles sont remplacées par une croûte ; d'ailleurs le liquide qu'elles contenaient est devenu louche.

Le malade prend 2 gr. d'iodure de potassium qu'il continue jusqu'au 17.

15 *Juillet*. Même état.

(1) A déjà été publiée dans le travail de Haushalter (Annales de Derm., 1887).

16 *Juillet*. État général considérablement amélioré : nuit bonne ; la fièvre a cessé : l'éruption a cessé et les vésicules sont remplacées par des croûtelles et des macules.

17 *juillet*. État général bon ; plus de fièvre ; le malade est remis. Les croûtes commencent à se détacher.

Nous pouvons ajouter que, depuis cette époque, juillet 1887, jusqu'à aujourd'hui, ce malade a eu, à plusieurs reprises, des poussées de vésicules en tous points semblables à la précédente, mais accompagnées de phénomènes généraux beaucoup moins marqués ; ces poussées sont tantôt discrètes, tantôt assez généralisées, et occupent tantôt le cuir chevelu, tantôt la face, tantôt les muqueuses buccale et préputiale ; elles ont cédé chaque fois assez rapidement, sauf la dernière, au traitement par l'iodure de potassium.

Reste enfin l'*érythème bulleux*, que nous ne séparons pas de l'*érythème vésiculeux* ; la bulle, en effet, pour la plupart des dermatologistes, n'est que l'exagération de la vésicule, dont elle se distingue seulement par son volume, la vésicule ayant ordinairement les dimensions d'une lentille, d'un pois, la bulle variant du volume d'un pois à celui d'une noisette, d'une noix ou même d'un œuf (1).

Au sujet de l'*érythème bulleux*, se pose une question intéressante : L'*érythème bulleux* et le pemphigus aigu sont-ils une seule et même chose, et faut-il supprimer absolument

(1) Citons, pour mémoire seulement, l'opinion du professeur Renaut, de Lyon (in thèse Nodet, page 17) qui, se plaçant uniquement au point de vue anatomique, établit la distinction suivante : La bulle est produite par le simple soulèvement de l'épiderme et l'accumulation de la sérosité dans cette cavité ainsi formée entre l'épiderme et le derme ; les vésicules sont constituées par l'irritation des cellules du corps muqueux qui deviennent vésicules et s'ouvrent les unes dans les autres. — En clinique, on le conçoit, cette distinction est impossible à faire, et nous nous en tiendrons à notre caractère différentiel basé sur le volume.

celui-ci du cadre nosologique pour le ranger dans l'érythème polymorphe ?

De Molènes-Mahon est très catégorique à cet égard ; à son avis « le pemphigus aigu, caractérisé par l'apparition de bulles sur une base érythémateuse, n'est autre chose qu'un érythème bulleux ; il doit disparaître du cadre nosologique et ne plus constituer qu'une forme de l'érythème polymorphe, forme il est vrai très sérieuse, celle où l'exsudation atteint son maximum d'intensité. Il n'en est pas de même, bien entendu, du pemphigus chronique vrai, et du pemphigus foliacé qui demeurent des affections spéciales, absolument indépendantes de notre sujet ».

D'autres auteurs, et notamment Nodet, dans une thèse remarquable (1), sont moins affirmatifs ; ils veulent établir une distinction basée sur le caractère suivant : Toutes les fois que la bulle se développe sur une simple *macule érythémateuse qu'elle recouvre complètement et immédiatement*, il y a pemphigus aigu ; au contraire, quand on voit une papule congestive précéder l'apparition de la bulle, qui ne se développe que secondairement et de telle sorte qu'elle reste entourée d'une aréole rouge, on a affaire à l'érythème bulleux. Mais alors, comment se fait-il qu'Hebra déclare que, sur plus d'un million de cas de maladies de peau observés par lui, toutes les éruptions bulleuses qu'il a vues, s'étaient développées secondairement sur des plaques exsudatives primitives ; le criterium proposé n'est donc pas exact, et on est fondé à croire que la distinction artificielle qu'on a voulu établir, repose sur des faits incomplètement et mal observés. Et d'ailleurs, il est évi-

(1) Nodet. Contribution à l'étude des éruptions pemphigoïdes aiguës. Thèse de Lyon, 1880.

dent que de pareilles subtilités anatomiques ne peuvent suffire à différencier deux affections, si on ne peut trouver aucun autre moyen de diagnostic ni dans les symptômes généraux, ni dans la marche clinique et l'évolution.

Donc, et sans vouloir nous étendre davantage sur la question, pour laquelle nous renvoyons aux thèses de de Molènes-Mahon et de Nodet, nous considérerons le pemphigus aigu vrai des adultes, *pemphigus acutus*, comme une variété de l'érythème polymorphe.

A ce sujet, nous devons reproduire ici les deux observations que notre maître, M. Spillmann, a publiées il y a quelque temps déjà, observations de pemphigus grave, terminé par la mort, ce qui justifie bien le pronostic en général fâcheux attribué par de Molènes-Mahon à la variété bulleuse de l'érythème polymorphe.

OBSERVATION XII

Erythème bulleux à évolution très rapide. Mort

(Spillmann, in Ann. de Dermatologie, 1881, p. 66). Résumée.

Marie M..., 36 ans. Dans la journée du 25 mai, cette femme est prise de frissons, d'un malaise général et d'une céphalalgie intense ; puis sensation de brûlure intense avec gonflement douloureux des membres.

Au bout de 24 heures, apparition sur les bras, la poitrine, puis les membres inférieurs, de taches rosées, puis d'une série de bulles blanches de dimension variable. Fièvre intense, agitation nocturne. Dans la nuit du 28 au 29 mai, vomissements sanguinolents qui se répètent à plusieurs reprises jusqu'au 2 juin, époque où la malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. On constate, sur toute la surface du corps, de larges plaques rouges, circulaires, dont le centre est occupé par des bulles de grosseur variable, remplies par un liquide opalescent ; çà et là quelques

bulles, isolées, rares, du volume d'une fève, ne reposent pas sur des plaques rouges. Dans beaucoup de points, l'éruption est presque confluyente.

Aux aisselles, aux aines, ces bulles sont rompues ; on aperçoit des lambeaux épidermiques qui reposent sur le derme dénudé, rouge sombre.

L'éruption a également envahi les muqueuses. Les lèvres, le dos de la langue, le frein, le palais et son voile, la muqueuse nasale, sont couverts de petites bulles. Il existe en outre des ulcérations multiples de la bouche, qui semblent être le résultat de bulles rompues. Bulles sur la grande lèvre droite, les petites lèvres, et à l'entrée du vagin.

Le corps exhale une odeur fade, nauséabonde. La malade est dans un état de prostration extrême. Ventre météorisé, indolore ; respiration pénible, stertoreuse. Quelques râles sous-muqueux aux bases ; cœur normal.

Céphalalgie intense, délire, hallucination et tremblements des mains, des bras et des lèvres.

Pas d'albumine dans les urines.

Temp. 40° s. ; 39,4 m.

3 *Juin*. Même état : temp. 40,1 s., 39,8 m.

Le 4. Temp. 40°.

Le 5, id. La malade est restée plongée dans un état comateux depuis 36 heures. Elle succombe dans la journée.

Le liquide des bulles, examiné au microscope, présente, outre les globules sanguins et les globules de pus, une foule de bâtonnets courts ressemblant à ceux de la fièvre puerpérale.

Autopsie. Etat de décomposition avancée, bien que la température soit peu élevée.

Les plèvres, le péricarde et le péritoine contiennent quelques cuillerées de sérosité colorées par le sang.

Les poumons sont congestionnés dans toute leur hauteur, surtout aux bases.

Le cœur est mou, jaunâtre, friable. Le sang est poisseux.

Anémie et surcharge graisseuse du foie. Rate volumineuse, assez friable, reins mous, jaunâtres, gras.

Examen du sang. Les globules sanguins sont en partie détruits et ceux qui restent sont considérablement déformés. Le sérum contient en

nombre considérable des bâtonnets courts et semblables à ceux de la sérosité des bulles.

OBSERVATION XIII.

Erythème bulleux grave. Mort.

(Spillmann, in Bulletin de l'Assoc. franç. p. l'avanc. des sc. Congrès de Grenoble 1885). Résumée.

M^{me} M., 39 ans. Le 27 juin violent malaise et céphalalgie intense. Frissons répétés et violents pendant la nuit.

28 juin. — Sensation intense de brûlure dans tout le corps ; gonflement douloureux au niveau des principales articulations, et douleurs atroces, réveillées à la moindre pression, dans les membres. Temp. 39,4 m. 40 s.

29 juin. — Id. — Inappétence, nausées. Subdelirium pendant la nuit.

30 juin. — Id. Temp. 40,1 m. 41 s. Rougeur boutonneuse, confluyente, ressemblant au début d'une variole, sur les pieds et les mains ; petite bulle, grosse comme un pois, à la plante du pied gauche.

1^{er} juillet. — On constate à la plante des pieds, à la paume des mains et à la partie antérieure de la jambe gauche des bulles du volume d'un haricot. Sur les autres parties du corps, saillies boutonneuses entourées d'une auréole rouge.

Les bulles sont remplies d'un liquide clair, citrin.

Urines albumineuses.

La malade est très abattue. Subdelirium. Temp. 40,2 m., 41° s.

29 juillet. — La paume des mains et la plante des pieds sont couvertes de bulles ; la peau située entre les bulles présente une teinte rouge foncée. Les doigts sont tuméfiés, énormes.

Urine rare, louche, d'une teinte verdâtre.

Grand état de prostration ; soif vive ; déglutition très pénible. Météorisme. Respiration pénible. Quelques râles sous-muqueux aux bases. Délire, hallucinations.

Temp. ; 40 m. 41 s.

3 juillet. — Etat typhoïde : adynamie.

Le liquide des bulles est louche ; la peau présente, dans plusieurs points, des suffusions sanguines ; écoulement vaginal sanguinolent, fétide.

La température s'élève à 41°,5 dans la soirée ; le poulx devient fili-forme. Coma. Tremblement et légers mouvements convulsifs dans les membres. La malade succombe le lendemain dans la soirée.

Le sang, la sérosité des bulles et l'urine contiennent des spores arrondies, mobiles, isolées ou groupées en bâtonnets.

§ 5. — Manifestations sur les muqueuses.

Nous en avons fini avec les manifestations cutanées de l'érythème polymorphe. Mais nous ne serions pas complet si nous omettions les manifestations sur les muqueuses, qui sont loin d'être rares ; on les rencontre surtout dans les formes vésiculeuses et noueuses. Toutes les muqueuses peuvent être atteintes ; ce sont par ordre de fréquence : les muqueuses buccale, préputiale ou vulvovaginale, conjonctivale, nasale, pharyngienne, et même de l'intestin et de l'estomac. Ces manifestations sur les muqueuses ont été signalées par tous les auteurs ; de Molènes-Mahon en rapporte plusieurs exemples ; pour notre compte, nous en avons observé trois cas, dont l'un a déjà été mentionné (Obs. XI) ; le deuxième, érythème papulo-vésiculeux du prépuce et du gland, trouvera place plus loin (Observation XVII) ; le troisième est un érythème papulo-noureux de la bouche, que nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici :

OBSERVATION XIV.

Erythème noueux cutané et muqueux (palais et langue).

(Communiquée par M. le professeur Spillmann).

20 *Juin* 1888. Depuis quatre semaines environ, Mlle X., 40 ans, est mal en train, a perdu l'appétit, n'a plus de goût au travail. Il y a quinze jours, elle ressentit tous les symptômes d'une forte angine (sécheresse de la gorge, picotements, difficulté de la déglutition), en même temps que son malaise général augmentait. Enfin, après un gonflement passager des deux coudes, elle vit apparaître au-dessous de la rotule droite, une plaque indurée, rouge-violacée.

Cette malade est vue pour la première fois le 20 juin. On constate dans l'arrière-gorge, autour du pilier postérieur gauche du pharynx, une large papule, un peu allongée, violacée, à bords saillants, durs, un peu irréguliers ; une saillie analogue couvrait presque la moitié gauche de la langue ; ces lésions ressemblaient tellement à des syphilides papuleuses que la connaissance exacte de la malade et de ses antécédents permit seule d'écarter cette hypothèse. En examinant avec soin la malade, on découvrit alors au-dessous du genou droit l'efflorescence cutanée dont elle n'avait pas parlé tout d'abord ; c'était une tuméfaction irrégulièrement arrondie, plus large qu'une pièce de cinq francs, de couleur bleuâtre, ecchymotique, siégeant dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, accompagnée d'œdème périphérique, et très douloureuse à la pression, en un mot une efflorescence-type d'érythème noueux. On se rangea alors à l'idée d'un érythème noueux.

Le 24. Deux nouvelles nodosités, plus petites, apparurent, l'une au bras, l'autre à la fesse droite.

Du 26 au 28, gonflement passager du poignet droit. Les phénomènes généraux s'amendent.

Depuis, cette malade n'a plus été revue.

CHAPITRE II.

DESCRIPTION CLINIQUE DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE. SYMPTOMATOLOGIE.

§ 1^{er}. — Symptomatologie générale. Marche. Durée.

Nous avons vu, au chapitre précédent, quelles sont les manifestations cutanées de l'érythème polymorphe, et nous avons décrit les lésions si diverses que cette maladie imprime aux téguments ; nous avons établi que, malgré la dissemblance apparente de ces lésions, elles sont identiques au fond, car le processus qui les engendre est un. Voyons maintenant comment se présente cliniquement et comment évolue l'érythème polymorphe. Et d'abord, s'il y a unité morphologique, y a-t-il également unité clinique ? Non certainement.

Prenons comme exemple un cas moyen : Voici un sujet qui, pendant quelques jours, quelques semaines même, se sent mal en train, inapte au travail, perd l'appétit, a de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille, des insomnies ; puis survient une courbature généralisée, fréquemment de la rachialgie, ou des douleurs rhumatoïdes dans les membres, soit dans les

jointures, soit dans la continuité des os (1); en même temps une fièvre modérée, 38,5 à 39°, se déclare ; puis apparaît l'éruption, qui peut affecter les différents caractères que nous avons longuement énumérés, mais qui a ses lieux de prédilection pour chacune des formes, le dos de la main et des pieds pour l'érythème papuleux, la face interne des jambes pour l'érythème noueux, les muqueuses pour l'érythème vésiculeux, le tronc pour les larges placards érythémateux. A ce moment, le plus souvent, la fièvre s'amende, et, au bout de trois ou quatre jours, ne tarde pas à cesser entièrement ; s'il ne se produit pas de complications, les phénomènes généraux se dissipent également ; ou bien on voit survenir un gonflement articulaire fugace, un peu d'angine, fréquemment de la bronchite, quelquefois une albuminurie passagère ; puis tous ces symptômes s'évanouissent ; mais les éléments cutanés persistent encore quelque temps, ordinairement deux à trois semaines, disent les auteurs, beaucoup moins, à ce que nous verrons, si on a fait usage de l'iodure de potassium, puis finissent par s'effacer et disparaître, en laissant à leur place une légère pigmentation, d'autant plus durable que la lésion aura été plus profonde.

Tel est le tableau fidèle d'un cas d'intensité moyenne ; presque toutes nos observations le reproduisent ; citons seulement les Obs. I, II, III, VIII, XI, XIV. Mais il faut bien savoir qu'il existe des formes cliniques singulièrement atténuées. Très souvent, il y a apyrexie absolue, et seulement quelques phéno-

(1) Ces douleurs existent presque toujours (12 fois sur 15 cas que nous avons observés) ; elles sont presque caractéristiques, ne ressemblent ni à celles de la fièvre typhoïde (ordinairement musculaires), ni à celles de la variole (ordinairement localisées à la région rachidienne), ni à celles du rhumatisme.

mènes passagers de malaise et de douleurs vagues. Voici deux observations, empruntées cette année même à la clinique de M. Spillmann, qui représentent assez bien cette modalité clinique :

OBSERVATION XV

Érythème noueux.

(Résumée).

Marie B..., 22 ans, domestique, entre le 26 décembre 1887 à l'hôpital, service de M. Spillmann; fille blonde, de tempérament lymphatique. Scarlatine dans son enfance.

Se plaint de douleurs à la jambe gauche depuis 5 jours; aurait eu des frissons et des claquements de dents.

27 décembre. *État actuel.* Apyrexie. Érythème noueux autour des chevilles, avec œdème dur périmalléolaire, rougeur érythémateuse de presque toute la jambe.

29 décembre. Temp. 37,8 hier soir. Il existe un plus grand nombre de nodosités; quelques-unes sont confluentes, rouge-violacées, très douloureuses à la pression. L'œdème a augmenté.

Iodure de pot., 2 gr.

30 décembre. Même état de l'éruption; l'œdème a un peu diminué.

31 décembre, 1^{er}, 2 janvier 1888. *Id.*

3 janvier. L'œdème a presque complètement disparu. Il ne persiste plus à la jambe gauche qu'une rougeur diffuse avec un peu d'empatement; en passant la main le long de la crête du tibia, on sent une série de petites nodosités sous-cutanées, du volume d'un pois.

6 janvier. Les taches érythémateuses ont presque complètement disparu. On perçoit encore des nodosités sous-cutanées.

9 janvier. Même état.

10 janvier. Au tiers inférieur de la partie antéro-interne de la jambe, persiste une plaque indurée, douloureuse à la pression, et au niveau de laquelle la peau est ridée. On ne perçoit plus de nodosités.

18 *janvier*. Ce matin, on voit à la face externe et postérieure du mollet droit 3 à 4 nodosités, grosses comme une noisette, douloureuses au toucher; à ce niveau la peau est rouge, contusiforme.

22. Les nodosités persistent.

27. Même état.

OBSERVATION XVI

Érythème noueux.

(Résumée).

Célestine R..., 19 ans, domestique, fille robuste, n'a jamais été malade. Douleurs dans les jambes depuis huit jours.

21 *février*. Apyrexie. Érythème noueux discret à la face antérieure des deux jambes, qui sont légèrement œdématiées, à la face interne des cuisses et aux genoux.

Langue un peu blanche. Appétit conservé,

Traitement : Iodure de pot., 1 gr. 50.

22 *février*. La coloration rouge vineuse des nouures a en grande partie disparu, et a été remplacée par une teinte violacée contusiforme; les nouures ont également diminué d'étendue.

23 *février*. La coloration et l'étendue des plaques vont en décroissant. Douleurs assez vives dans les deux genoux.

24 *février*. Il n'y a plus de gonflement des jambes; il persiste encore quelques nodosités brunâtres. La douleur dans les genoux persiste.

25 *février*. Léger épanchement dans le genou gauche.

27 *février*. Sort; plus d'épanchement; on voit encore quelques taches brunâtres.

D'autres fois enfin, il n'y a ni fièvre, ni douleurs, ni trouble fonctionnel d'aucune sorte; la santé reste absolument normale, et cependant des efflorescences cutanées typiques apparaissent et font leur évolution comme dans les formes les plus graves. Nous n'avons observé que deux cas de ce genre, ce sont ceux qui font le sujet des Observ. VII et X. Ces malades n'ont présenté, à aucun moment, aucune espèce de symptôme insolite.

Eh bien, c'est à des cas semblables que se rapporte la description que les auteurs viennois, Hebra et Kaposi, ont donné de l'érythème polymorphe, et c'est ce qui explique comment ces auteurs ont pu avancer que « cette éruption n'entraîne après elle ni complications ni suites graves ; on n'observe des symptômes fébriles et des phénomènes concomitants que dans des cas exceptionnels notamment alors que l'affection occupe de larges espaces de la peau, ou qu'elle l'envahit tout entière (1). »

Les faits recueillis par de Molènes-Mahon dans sa thèse ont fait justice de cette opinion hasardée ; de Molènes cite plus de 30 cas qui se sont accompagnés de complications très graves, et ont mis les jours du malade en danger ; plusieurs cas, à lui personnels, se sont terminés par la mort. Marquet (2) cite des faits analogues ; les auteurs, même les classiques, en contiennent également un grand nombre ; tout le monde connaît le cas de Trousseau, cité dans sa Clinique, d'érythème nouveau compliqué de bronchopneumonie et terminé par la mort. Le malade qui fait le sujet de l'observation de G. Sée et Talamon, publiée dans le Progrès médical, mourut également des suites de son érythème nouveau. Rappelons encore les deux cas de M. le professeur Spillmann, déjà mentionnés, et suivis de mort. Lewin, dans son Mémoire sur l'érythème exsudatif multiforme, donne le chiffre de 10 morts sur 70 cas qu'il a recueillis. Nous même, nous avons été témoin, l'année dernière dans le service de M. Spillmann, d'une forme très grave d'érythème papulo-vésiculeux, s'accompagnant de phénomènes typhoïdes tellement accentués que, pendant quelques jours,

(1) Hebra. Loc. cit., p. 286, T. I.

(2) Marquet. Thèse Paris, 1885.

plusieurs de nos professeurs qui virent ce malade, combattirent l'opinion de notre maître et se rangèrent à l'idée d'une dothiéntérie; la marche de la maladie, sa durée relativement courte, l'absence de taches rosées lenticulaires et de gonflement de la rate, une ponction négative (au point de vue des bacilles d'Eberth) faite dans cet organe, la courbe thermométrique enfin avec ses deux élévations correspondant à deux poussées à la peau, vinrent confirmer le diagnostic d'érythème polymorphe. Voici cette observation :

OBSERVATION XVII

Erythème papulo-vésiculeux. Forme typhoïde.

M..., Joseph, 27 ans, garçon boucher, entre le 20 juin 1887, à la clinique de M. le professeur Spillmann.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires; il s'est toujours bien porté et n'a jamais eu de rhumatismes.

Il y a 18 mois, il a eu un chancre induré; il a eu depuis de l'angine syphilitique et du proriasis plantaire; il a, du reste, suivi depuis un traitement assez régulier.

Dans les premiers jours de juin, il commença à ressentir un malaise général, de la céphalalgie, des douleurs lombaires, de la faiblesse dans les jambes, mais sans douleurs articulaires. Le 11 juin, se développe brusquement une éruption papuleuse qui, dès le début, présentait la même disposition qu'à son entrée à l'hôpital; depuis, il est alité, il a des vertiges, de la céphalalgie, de la prostration, fièvre et soif vive, vomissements.

État actuel, 21 juin. Le malade est un homme vigoureux, bien constitué; il est très abattu, mais l'intelligence est nette. Temp. 39. P. 80.

Anorexie, langue blanche, constipation depuis trois jours; pas de météorisme, pas de douleurs abdominales, ni de gonflement de la rate.

Le malade présente sur tout le corps, mais principalement à la face antérieure des jambes, sur les avant-bras, sur les parois latérales et postérieures du tronc, et enfin au front, une série de papules assez régulièrement arrondies, variant, comme dimensions, depuis la taille d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 0 fr. 50 c. ou de 2 francs ; quelques-unes de ces papules sont confluentes surtout aux avant-bras et dans le dos. Elles présentent une coloration rouge sombre. A la surface de la plupart d'entre elles se trouvent de petits soulèvements de l'épiderme sous forme de vésicules très aplaties au nombre de une à trois par papules ; en quelques points, ces vésicules sont remplacées par une croûte rougeâtre ou par des squames. Un certain nombre de papules n'offrent pas de trace de vésiculation.

Ces papules s'effacent à la pression du doigt et sont un peu douloureuses. La face antérieure du tronc et de l'abdomen ne contient pas de papules, la face postérieure des cuisses et des bras en présente très peu.

Sur le gland, tout au pourtour du méat, on voit une rougeur papuleuse diffuse avec quelques érosions superficielles.

Le malade tousse ; l'expectoration est un peu visqueuse ; à l'auscultation, on entend des râles muqueux et sibilants disséminés.

A l'auscultation du cœur, on constate que le premier bruit est râpeux, surtout dans la région moyenne, entre le mamelon et le sternum.

On prescrit des stimulants et l'iodure de potassium à la dose de 2 gr., qui sera continué jusqu'à la fin de la maladie.

22 juin. Temp. s. 40,2 ; Temp. m. 40,4. P. 90.

Même état de l'éruption. Prostration. Les urines (quantité = 700 c.c.), ne renferment pas d'albumine.

Souffle présystolique et systolique à la pointe ; l'expectoration est toujours visqueuse ; aux deux bases, la sonorité est obscure ; on entend à l'auscultation des râles sous-crépitaux disséminés.

23 juin. Prostration, même état général ; même état de l'éruption ; pas de diarrhée. T. 40,4 s., 40,5 m.

En raison de la fièvre, on prescrit 0,75 d'antipyrine.

24 juin. T. 39,6 s., 39,8 m. P. 80.

La coloration rouge vif des papules a diminué ; en outre, elles sont flétries, affaissées pour la plupart ; quelques-unes sont remplacées par de simples taches.

Pas de diarrhée, pas de délire.

25 *juin*. Temp. 38,8 s., 39,6 m. A la face l'éruption a presque complètement disparu ; sur le reste du corps, les papules sont remplacées par des macules érythémateuses, mais moins rouges que les papules.

26 *juin*. Sueurs profuses, langue humide ; la céphalalgie a diminué. Le malade a dormi la nuit. La sonorité est revenue aux deux bases pulmonaires ; on entend à l'auscultation des râles bulleux.

Les papules ont tout à fait disparu ; il ne reste plus que des macules violacées.

27, 28, 29 et 30 *juin*. La prostration diminue, les sueurs persistent ; l'appétit renaît ; l'expectoration diminue ; à l'auscultation du cœur, on entend encore un léger souffle au premier temps.

La température oscille entre 37,5 et 39°.

1^{er} *juillet*. Le malade dort bien ; n'a plus de céphalalgie ; à la place des macules violettes des jours précédents, il ne reste plus que quelques taches brunâtres squameuses.

2 *juillet*. La céphalalgie a reparu ; le malade n'a pas dormi ; au niveau du poignet gauche on aperçoit trois nouvelles papules rouges, tendues, vernissées ; dans le dos, au niveau de l'apophyse épineuse de la septième cervicale et au niveau de l'épine de l'omoplate, on voit également trois ou quatre nouvelles papules.

Ces papules coïncident avec une poussée de température à 40° et un retour des symptômes généraux.

4 *juillet*. Temp. s. = 36,4 (le malade avait pris la veille 1 gr. 20 d'antifébrine). Temp. m. = 38,4. P. = 85.

Une nouvelle papule a apparu un peu au-dessus du bord interne du poignet droit. Les trois papules du poignet gauche commencent à pâlir.

Aux jambes, il reste à peine trois ou quatre macules.

5 *juillet*, Temp. s. = 37°. Temp. m. = 38,2.

Les papules récentes ont disparu ; il reste à peine des traces des anciennes papules.

A l'auscultation du cœur, on entend encore, au premier temps, le souffle systolique. L'urine contient des traces d'albumine.

Le malade a considérablement pâli et maigri ; les sueurs persistent ; l'appétit renaît ; mais le malade se sent encore très faible.

9 *juillet*. Apyrexie. Le malade s'est levé, il se trouve bien. Le souffle systolique de la pointe a disparu ; plus de trace d'albumine dans les urines.

Il sort quinze jours après, complètement guéri.

Que conclure de ces faits ? Qu'il y a deux formes cliniques de l'érythème polymorphe, l'une *bénigne*, évoluant simplement sans phénomènes généraux, ni troubles fonctionnels, et qui a été bien vue par les créateurs de l'entité ; l'autre *grave*, qui leur a complètement échappé et sur laquelle les auteurs français ont surtout appelé l'attention ; cette forme peut présenter tout l'aspect et les complications des formes sérieuses des fièvres éruptives et peut, comme elles, entraîner la mort.

De Molènes-Mahon distingue à ces formes graves de l'érythème polymorphe trois périodes : une période prodromique, une période d'éruption, une période de résolution ou d'aggravation ; ces périodes, on le voit, correspondent assez bien à celles que l'on a l'habitude d'assigner aux fièvres éruptives.

Et cette analogie avec les fièvres éruptives ne s'arrête pas là ; n'est-il pas d'observation courante, en effet, de voir ces affections évoluer tantôt d'une façon bénigne, tantôt avec la plus grande sévérité ; quoi de commun, comme tableau clinique, entre certaines formes frustes de la rougeole et de la scarlatine, et les formes mortelles ? Entre une varioloïde et une variole confluente, à marche foudroyante ? Et pourtant, la lésion cutanée est toujours la même, invariable, immuable au milieu des vicissitudes que subit l'organisme tout entier. Tant il est vrai que là, comme ailleurs, tout se ramène et est subordonné à la puissance de l'agent virulent et à la résistance que lui oppose l'organisme..., tant il est vrai que la question du terrain reste, malgré toutes les découvertes modernes, malgré les microbes et les microbiologues, la pierre d'achoppement, la grande x de la pathogénie.

Nous ne nous étendrons pas sur les périodes qu'a établies de Molènes.

Sa période prodromique durerait quatre à six jours ; nous

avons vu qu'elle peut dépasser plusieurs semaines (5 semaines dans notre observation XIV).

La période d'éruption peut présenter, même dans les cas relativement bénins, une température très élevée, ainsi que nous en avons eu plusieurs exemples; elle offre souvent à considérer des symptômes typhoïdes très marqués dont nous avons déjà touché un mot et sur lesquels nous reviendrons avec détails dans le chapitre suivant. Sa durée moyenne serait de 2 à 3 semaines; nous verrons plus loin (à propos du traitement) que nous n'avons jamais observé une durée aussi longue, et que nous attribuons ce fait à l'usage constant du traitement par l'iodure de potassium.

Quant à la troisième période, insistons bien sur ce fait qu'il peut y avoir souvent deux, trois, quatre poussées subintrantes, c'est-à-dire faisant leur apparition avant que les efflorescences primitives n'aient terminé leur évolution, et s'annonçant ordinairement par une recrudescence de la fièvre; la durée de cette période de résolution peut ainsi être très longue, et il en résulte ordinairement une anémie consécutive qui peut elle-même être très tenace (voy. nos observ. II, III, V) et sur laquelle Lewin a bien attiré l'attention.

Enfin il peut y avoir des poussées chroniques, survenant à intervalles assez rapprochés pendant des mois et même des années. Kaposi dit à ce propos : « Exceptionnellement, l'érythème peut aussi persister plusieurs mois et plus d'une année, mais il s'agit dès lors d'une série d'éruptions successives, chaque éruption conservant toujours une marche aiguë. J'ai présenté, dans le semestre d'hiver 1877-1878, un infirmier dont l'érythème, iris et circiné, a toujours donné lieu à de nouvelles poussées depuis mai 1877. »

Hutchinson a signalé un cas qui aurait duré 5 ans (1). S'il faut en croire de Molènes, ce sont surtout les formes vésiculeuses et bulleuses qui passent ainsi à la chronicité, et en effet le malade qui fait le sujet de notre observation XI (érythème papulo-vésiculeux) a présenté, depuis le début de sa maladie, c'est-à-dire depuis un an maintenant, des poussées survenant régulièrement tous les deux mois environ, et intéressant tantôt le cuir chevelu, tantôt la face, tantôt les muqueuses préputiale ou buccale ; d'après le dire du malade, les éruptions sont chaque fois précédées d'un petit mouvement fébrile et d'un malaise passager et cèdent très rapidement à l'iodure de potassium.

Il ne faut pas confondre ces formes chroniques avec les récidives de la maladie, qui sont loin d'être rares ; car — et c'est là un caractère différentiel assez notable —, il faut remarquer que, contrairement à l'habitude constante des fièvres éruptives, une première atteinte d'érythème polymorphe ne confère nullement l'immunité. Certaines personnes sont atteintes périodiquement au printemps et à l'automne, et on a décrit un type saisonnier de la maladie. De véritables épidémies ont même été observées (Oehme en Autriche, Gall en Silésie, Volquardsen à Saint-Louis, Lewin (2).

Telle est la marche de l'érythème polymorphe. Quant à la durée, rien de plus variable suivant qu'on a affaire aux cas graves ou aux cas bénins ; on peut mettre la moyenne à 3 semaines, pour les cas non traités.

(1) Loc. cit.

(2) Berl. Klin. Wochenschrif, 1876.

Phénomènes concomitants ou consécutifs.

Enfin, signalons avant de passer à l'étude des complications, quelques phénomènes de détail, concomitants ou consécutifs à l'éruption, que la plupart des auteurs passent sous silence ou notent insuffisamment dans la symptomatologie de l'érythème polymorphe; nous voulons parler de l'œdème, du prurit, du grattage, des excoriations, de la desquamation, de la pigmentation.

Contrairement à l'opinion de de Molènes-Mahon, qui dit qu'on n'observe de démangeaisons que dans les formes intenses de la maladie de Hebra et que, en tous cas, ces démangeaisons sont très peu marquées, nous avons presque chaque fois constaté du prurit, et ce prurit peut être très prononcé et incommoder beaucoup le malade; c'est dans les formes papuleuses miliaires et dans les formes vésiculeuses qu'il survient le plus souvent, et il s'accompagne dans ces cas d'excoriations et de croûtelles souvent très apparentes; nous ne l'avons jamais observé dans les formes noueuses ou papulo-noueuses.

La desquamation des efflorescences cutanées est très rare; nous avons observé une desquamation furfuracée deux ou trois fois (Obs. VIII, XVII). Kaposi dit que, dans les formes vésiculeuses et bulleuses, la dessiccation produit quelquefois des croûtes et des squames; cela n'a rien que de naturel. Les nodosités ne présentent jamais de desquamation.

Il y a très fréquemment un œdème collatéral autour des efflorescences cutanées, sans préjudice de l'œdème généralisé qui peut envahir tout un segment de membre. C'est dans les formes noueuses que l'œdème est surtout prononcé.

Quant à la pigmentation, qui subsiste après la lésion, elle dépend de l'intensité et de la durée de celle-ci. Dans les formes

papuleuses éphémères, elle est insignifiante, quelquefois fait entièrement défaut; dans les variétés noueuses, elle est, au contraire, la règle, et persiste très longtemps; chez notre malade n° III, elle dura plusieurs mois; il est très rare, cependant, ou il n'arrive pas qu'elle soit définitive.

§ 2. — Des complications ou manifestations viscérales de l'érythème polymorphe.

Nous avons rejeté à la fin de ce chapitre, pour ne pas compliquer la description générale de la maladie, l'étude des complications (1) qui surviennent si fréquemment dans le cours de l'érythème polymorphe. Et d'abord, à l'exemple de Besnier et Doyon, de de Molènes-Mahon, de Marquet, commençons par déclarer que ce terme *complications*, dont nous nous sommes déjà servi plusieurs fois et dont nous nous servirons encore pour la commodité du langage, n'est pas exact; c'est manifestations viscérales, *localisations* extra-cutanées qu'il faut dire. Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici Besnier et Doyon (2); « A la manière des exanthèmes vrais, les pseudo-exanthèmes (l'érythème exsudatif multiforme en constitue un type achevé), ont des *localisations* extra-cutanées, au nombre desquelles les déterminations sur les séreuses viscérales et articulaires sont des moins rares et des plus remarquables; elles participent, les unes et les autres, du caractère éphémère, superficiel et résolutif des manifestations cutanées, ce qui est une preuve de plus de leur identité de nature. »

(1) Rappelons que ni Hebra ni Kaposi, n'indiquent de complications.

(2) Besnier et Doyon. Note des trad. in Kaposi, T. I, p. 374.

Pour la fièvre typhoïde, on dit de même localisation intestinale, localisation pulmonaire. Ce terme de localisation s'accorde du reste très bien avec la notion d'un principe infectieux qui, une fois introduit dans l'organisme, peut migrer et se fixer en tel ou tel point.

G. Sée et Talamon, dans l'observation qu'ils rapportent (1), où il se produisit successivement trois foyers de broncho-pneumonie dans les poumons, et où ils constatèrent à l'autopsie un exsudat fibrineux, épais, sur l'une des plèvres, concluent à de véritables poussées érythémateuses au niveau de l'appareil pulmonaire : « Ne semble-t-il pas, disent-ils, qu'il se soit fait sur la plèvre trois plaques d'exsudat érythémateux, semblables aux plaques noueuses du derme, et que ces plaques pleurales, d'abord distinctes, se soient confondues en s'étendant pour former l'épaisse coque fibrineuse constatée à l'autopsie ».

De même, il est permis de supposer que les lésions d'endocardite et de péricardite, qu'on rencontre fréquemment et que certains auteurs rapportent à l'hypoglobulie, sont causées par des efflorescences viscérales semblables aux efflorescences cutanées.

Quoiqu'il en soit, voyons sur quels appareils portent surtout ces localisations. Prenons d'abord nos observations personnelles et faisons un peu de statistique. Sur quinze cas, nous avons rencontré :

5 fois de la bronchite.

2 fois de l'angine.

2 fois un catarrhe gastro-intestinal intense, avec vomissements.

(1) Loc. cit.

- 1 fois de l'épistaxis.
- 4 fois de l'endocardite.
- 1 fois de la congestion pulmonaire.
- 2 fois de l'albuminurie.
- 11 fois des douleurs articulaires ou autres.
- 4 fois une anémie et une faiblesse consécutives prononcées.

D'autre part, si nous faisons le relevé des complications signalées un peu partout dans les auteurs et de celles qu'indique de son côté Lewin, dans son mémoire qui comprend 70 cas, nous obtenons le tableau suivant :

COMPLICATIONS

	Cas des auteurs.	Cas de Lewin.
Douleurs et arthropathies.	34	30
Conjonctivite.....	8	3
Troubles gastriques.....	5	7
Ictère	1	0
Pharyngite	2	4
Bronchite.....	5	4
Pleurésie	3	1
Pneumonie.....	4	0
Tuberculose.....	3	0
Affections du cœur.....	24	5
— endocardite	21	5
— péricardite.....	3	0 (1)

En somme, on le voit, toutes ces complications sont bien celles qu'on observe dans toutes les maladies infectieuses :

(1) De Molènes-Mahon, loc. cit.

Angine, bronchite, broncho-pneumonie, endocardite, arthropathies, néphrite, il n'est pas une de ces localisations qui ne porte le cachet et ne soit comme la marque et le signe distinctif de ces affections; l'endocardite, en particulier, est le témoin irrécusable d'un état infectieux antérieur, puisque, en dehors des processus athéromatiques et séniles, elle ne reconnaît pas d'autre cause.

Eh bien, il faut savoir que l'endocardite est très fréquente dans le cours de l'érythème polymorphe, et, pour notre part, nous sommes convaincu qu'un grand nombre de cardiopathies dont on ne trouve pas, en clinique, l'origine, doivent être rapportées à la maladie de Hebra.

Il est vrai de dire, que, dans tous les cas où nous avons observé des manifestations du côté du cœur, souffles ou altérations de timbre, ces perturbations ont été passagères et ont paru se dissiper dans la convalescence de la maladie; mais on peut très bien supposer qu'une lésion valvulaire (érosion ou végétation), après avoir atteint son maximum, rétrocede en partie, de façon à passer de nouveau inaperçue, mais n'attendant qu'une occasion pour reprendre plus tard son évolution. De là l'indication de toujours ausculter le cœur dans l'érythème polymorphe.

Lewin insiste beaucoup dans son mémoire (1) sur ces affections inflammatoires de l'endocarde valvulaire, qui peuvent entraîner des désorganisations des valvules. Il a vu trois fois se développer sous ses yeux des affections valvulaires reconnaissant l'érythème exsudatif pour cause; dans l'un des cas, il s'agissait d'un érythème chronique qui engendra une lésion mitrale.

(1) Loc. cit.

Nous n'avons jamais observé de péricardite ; elle est en tous cas beaucoup moins fréquente que l'endocardite.

Notre statistique personnelle n'est pas riche en complications pulmonaires ; la seule que nous ayons rencontrée a été presque exclusivement la bronchite ; mais nous devons dire que nous l'avons observée presque constamment, sous une forme légère ou grave, et qu'elle nous a paru accompagner presque toujours la maladie ; seulement, il faut souvent se donner la peine de la chercher, il n'y a quelquefois que quelques sibilances rares et disséminées, ou bien de la respiration rude en un point ; il est rare qu'on ne trouve rien.

Nous avons déjà cité à plusieurs reprises les autres complications pulmonaires qu'on a observées, pneumonie (Trousseau, Deudy) (1), broncho-pneumonie (G. Sée et Talamon), pleurésie, (id., Begbie (2), Neumann) (3). Ueffelmann a signalé (4), — analogie frappante avec la rougeole — plusieurs cas de tuberculose ayant suivi de près des érythèmes exsudatifs.

Restent enfin les douleurs et arthropathies qui accompagnent si fréquemment la maladie de Hebra. Les *douleurs*, nous l'avons vu, sont de différentes sortes, musculaires ou névralgiques, périarticulaires ou diaphysaires ; souvent les malades sont brisés, anéantis, comme si on les avait roués de coups ; ces sensations font rarement défaut. Les *arthropathies* peuvent être, comme dans toutes les maladies infectieuses, des arthralgies ou de véritables arthrites. Lewin nous dit à ce sujet : « Il se développe souvent des affections inflammatoires

(1) Deudy. Art. Erythema in dictionary of practical medicine.

(2) Begbie. Loc. cit.

(3) Neumann. Wiener med. Wochenschrift, 1879.

(4) Ueffelmann. Deutsches Archiv. f. Klin. med. Band., 1873, nos 4 et 5.

dans les jointures les plus diverses et ces inflammations peuvent conduire soit à des transsudations séreuses, soit à des exsudats purulents ; ces derniers ont parfois pour conséquence l'ankylose des articulations qu'ils occupent ; dans ces cas l'ensemble symptomatologique reproduit d'une manière parfaite celui du rhumatisme articulaire aigu ; j'ai vu ainsi cinq sujets atteints d'arthrite sérieuse. »

On sait que ce sont ces différentes manifestations du côté des articulations qui constituaient les principaux moyens de défense et comme la forteresse des anciens partisans de la théorie rhumatismale de l'érythème polymorphe. Ce sont au contraire ces mêmes manifestations qui nous paraissent plaider le plus chaudement en faveur de l'hypothèse de l'infection. Elles constituent, en effet, un type achevé de ce que M. le professeur Bouchard (1) et à sa suite Bourcy, dans sa thèse, ont si bien décrit sous le nom de pseudo-rumatisme, ou manifestations articulaires des maladies infectieuses (2). Est-ce qu'on rattache actuellement à la diathèse rhumatismale les arthropathies qui surviennent si fréquemment dans la scarlatine, la dysenterie, la blennorrhagie, la syphilis ; et cependant quelle différence y a-t-il entre ces arthropathies et celles de l'érythème polymorphe ?

Quant aux douleurs vagues qu'on observe à la période d'invasion de la maladie, ne voyons-nous pas tous les jours, en clinique, de ces douleurs vagues, indéterminées, survenir au début des grandes pyrexies ; elles indiquent tout simplement, comme les frissonnements qui souvent les accompagnent, la

(1) Bouchard. Maladies par ralentissement de la nutrition. Paris 1882, p. 348 et suiv.

(2) Bourcy. Des déterminat. articulaires des maladies infectieuses, Thèse. Paris 1883.

réaction de l'organisme à l'égard de la maladie qui l'envahit ; et si on veut objecter que ces douleurs sont plus précises, qu'elles occupent toujours avec prédilection le membre inférieur, nous répondrons qu'on observe aussi très fréquemment des douleurs localisées à la nuque dans la fièvre typhoïde, et aux lombes dans la variole.

Tout le mal vient de la signification si improprement et si fausement attribuée au mot rhumatisme. Rhumatisme ne veut pas dire douleurs, arthrite n'est pas synonyme de rhumatisme ; tout ce qui se passe dans une jointure n'est pas imputable au rhumatisme : ce sont là des vérités qu'on ne saurait trop répéter ; elles peuvent paraître banales aujourd'hui, mais elles ne l'étaient pas du tout il y a une trentaine d'années et c'est ce qui explique jusqu'à un certain point la ténacité avec laquelle les auteurs anciens ont défendu leur opinion sur la nature rhumatismale des érythèmes.

CHAPITRE III.

DES ÉRYTHÈMES POLYMORPHES SYMPTOMATIQUES

Nous avons décrit jusqu'à présent l'érythème polymorphe primitif, la fièvre érythémateuse, qui surprend des individus en pleine santé, et se comporte chez eux d'une façon assez analogue en somme aux fièvres éruptives. Mais il faut bien savoir qu'on voit quelquefois apparaître des éruptions présentant exactement les mêmes caractères chez des sujets atteints d'une autre maladie en pleine évolution ; l'érythème polymorphe survient alors secondairement et à titre de complication. Ce sont surtout les maladies infectieuses qui sont dans ce cas : si nous parcourons les auteurs, nous voyons que l'érythème polymorphe a été signalé dans presque toutes les affections de cette nature : la fièvre typhoïde, la puerpéralité, la septicémie, la morve, le typhus, le choléra, la blennorrhagie, l'impaludisme, le rhumatisme articulaire aigu, l'angine, la dysentérie.

Nous avons été assez heureux pour observer deux cas d'érythème polymorphe dans le cours de la fièvre typhoïde, et deux autres cas survenant dans le rhumatisme articulaire aigu ; ces observations ont été recueillies cette année à la clinique de M. Spillmann.

OBSERVATION XVIII.

*Fièvre typhoïde, Pneumonie typhique. Otite, Erythème polymorphe
Guérison le 23^e jour.*

Jules G..., 36 ans, employé de banque, entre le 10 février 1888 à l'hôpital civil, service de M. le professeur Spillmann. Ce malade se plaint de maux de tête, bourdonnements d'oreille, et lassitude générale depuis huit jours. Alité depuis quatre jours.

10 février. *Eial actuel.* Homme amaigri, teint pâle. Temp. 38. P. = 100. Langue blanche; inappétence; pas de diarrhée; ventre souple, pas de taches rosées.

Abattement. Lassitude. Céphalalgie. Insomnies.

Rien de particulier dans les organes.

11 février. Temp. 38,6 s., 40^m. Deux selles diarrhéiques jaunes depuis hier. Abattement considérable ce matin. Albumine dans l'urine.

12 février. Temp. 40^e hier soir. La diarrhée continue. *Taches rosées* assez nombreuses sur l'abdomen et le dos.

Traitement: Antifébrine 2 gr. Sp. de chloral.

13 février. Le malade a l'ouïe très dure depuis hier soir.

Expectoration grisâtre, adhérente. *Congestion pulmonaire* à la base droite.

14 février. Temp. 39^e s., 39,2 m. Même état; la zone de matité du poumon droit augmente; souffle et râles sous-crépitaux: *pneumonie typhique*.

15, 16 février. Même état. Temp. entre 39,2 et 39,8.

17 février. Temp. 40 s., 38,6 m. P. = 104,108. Le malade dit se trouver mieux.

Pas de selles depuis hier. Surdité persistante.

19 février. Selles moul es depuis hier; expectoration ambr e, encore ad h rente; bouffées de râles sous-crépitaux à la base droite. Le malade se trouve mieux.

Temp. 40,2 s., 39,6 m.

23 février. (23^e jour de la maladie). Temp. 39,4 s., 38,6; sur le tronc, l'abdomen, les bras et les cuisses se trouvent une série de taches papu-

leuses rouges, de diamètre variant de celui d'une lentille à celui d'une pièce de 0 fr. 50 ; au centre de chaque papule se trouve un point rouge. Dans les aisselles, il existe un semis de petites taches rouges, grosses comme un grain de millet.

N'a plus de diarrhée.

24 février. L'éruption est presque confluyente.

26. Même état.

27. Ce matin, on constate un écoulement urétral et le malade se plaint de cuisson en urinant.

L'éruption persiste; elle occasionne des démangeaisons assez vives.

28. Les premières papules érythémateuses pâlisent; mais il existe une nouvelle poussée d'éléments plus étendus que les premiers; au coude droit se trouve une plaque érythémateuse qui occupe toute la partie postérieure du bras.

29. L'éruption a considérablement pâli, il ne reste plus que quelques papules.

Temp. normale.

OBSERVATION XIX

Fèvre typhoïde. Erythème polymorphe dans la convalescence.

Marie X..., 11 ans, entre le 10 novembre 1887 dans le service de M. le professeur Spillmann. Malade depuis le 2 novembre ; se plaignait de douleurs de tête et de ventre; anorexie, constipation; accablement général.

13 novembre. *Etat actuel.* Facies pâle, un peu amaigri, langue sèche. Anorexie; ventre un peu ballonné; nombreux sudamina sur tout le corps; pas de taches rosées.

Temp. = 40° s., 39,8 m. Un peu de bronchite typhique.

Du 14 au 18 novembre. Même état. Constipation; temp. oscillant autour de 39°.

20 novembre. Temp. = 39,6 s., 38,2 m. Abattement moindre. Nombreux sudamina; pas de taches rosées; constipation opiniâtre.

27 novembre. La malade demande à manger.

30. La malade entre en convalescence.

Pendant tout le mois de décembre, la convalescence marche très lentement, traversée de temps en temps par de nouvelles poussées de fièvre et des rechutes de la fièvre et de l'état général.

1^{er} janvier 1888. Ce matin, l'enfant se plaint de douleurs dans les jambes et on constate, à la partie antérieure des deux jambes et jusque sur le genou gauche, la présence de petites nodosités sous-cutanées, douloureuses à la pression; à leur niveau, la peau a un aspect papuleux, rouge violacé et même, au niveau des tibias, contusifforme. A la partie antérieure du genou gauche, l'une de ces papules a le diamètre d'une pièce de 2 francs.

A la partie antéro-externe des avant-bras, on constate de même de petites papules, ayant l'aspect de piqûres de punaise. On n'en trouve pas au niveau des coudes, mais il en existe quelques-unes à la partie inférieure du bras droit.

Temp. = 37,5.

2 janvier. Temp. 38,6 s., 37° m. Les taches contusiformes ont presque disparu. Il ne reste plus que quelques papules aux jambes; aux bras, même état.

3 janvier. Temp. = 37,2 s., 37° m. La peau a encore une légère teinte ecchymotique à peine appréciable; on perçoit encore quelques nodosités non douloureuses. On voit encore quelques petites papules rosées à l'avant-bras droit.

5 janvier. Apyrexie. Les nodosités et les papules, ainsi que la douleur ont disparu.

Ainsi trois sortes d'éléments : papules rouges violacées autour des genoux, nodosités sur la crête des tibias; aux avant-bras, petites papules ortiées.

Des cultures ont été faites et n'ont pas donné de résultat.

OBSERVATION XX

Rhumatisme articulaire aigu; érythème polymorphe.

U..., 48 ans, manœuvre, entre le 7 décembre 1887, à la clinique de M. le professeur Spillmann. Son père et sa mère étaient rhumatisants; lui-même a déjà eu plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire aigu.

Le 6 décembre, il est pris de douleurs sur le trajet du sixième ou septième nerf intercostal du côté droit, et au poignet du même côté: pendant la nuit, insomnie et vomissements glaireux.

Le 7 décembre, on constate un gonflement notable, et même de la fluctuation au poignet droit, qui est très douloureux. Rien au cœur. Traitement: antipyrine, 4 gr.

8 décembre. Le malade n'a presque plus de douleurs; il remue faiblement le poignet et veut s'en aller.

14 décembre. Après la sortie du malade, la douleur du poignet a encore duré 2 jours, puis a disparu complètement; la tuméfaction périarticulaire avait disparu également.

Il y a 4 jours, le poignet droit gonfla sans douleurs, puis, un jour après, sur les parties œdématisées, le malade vit apparaître une série de papules, pour lesquelles il vient consulter aujourd'hui.

Actuellement: état général excellent. Gonflement œdémateux autour du poignet droit, qui n'est nullement douloureux.

Sur le dos du poignet, on voit une trentaine de papules rouges, quelques-unes un peu violacées, surélevées, de la dimension d'un grain de chenevis à celle d'une lentille, d'un haricot; quelques-unes sont confluentes.

(Des cultures bactériologiques ont été faites et n'ont pas donné de résultat).

OBSERVATION XXI

Rhumatisme infectieux, à forme grave, avec endocardite infectieuse, congestions pulmonaires, manifestations articulaires variées, état typhoïde, etc.

(Résumée.)

M^{me} D..., 41 ans, femme de ménage, soignée dans le service de M. le professeur Spillmann, du 7 novembre au 21 décembre 1886. Sort à peu près guérie le 21 décembre. Quelques jours après sa sortie, la malade

revient se présenter. Elle avait alors, tout autour du poignet droit qui était douloureux et tuméfié, sur une peau oedématisée, des papules rouges, en général du diamètre d'une lentille, et confluentes sur le dos même du poignet. Rien ailleurs. Pas de symptômes généraux. Durée : 3 ou 4 jours.

Citons encore une très belle observation de rhumatisme articulaire aigu, avec érythème polymorphe généralisé, qui appartient à M. le professeur Bernheim (1883), et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici, à cause de sa longueur; on la trouvera consignée dans la thèse d'Antonoff (1).

Les observations d'érythème polymorphe symptomatique abondent, d'ailleurs, dans les auteurs. Pour la fièvre typhoïde, en particulier, on en trouve un grand nombre dans les thèses de Reynaud (2), Cabiran (3), Lemaigre (4), Mornard (5), les communications de Raymond et Nélaton, Moutard-Martin, etc... (*Progrès médical*, 1878).

De Molènes-Mahon donne tout au long, dans sa thèse, une très intéressante observation d'érythème papuleux, marginé, iris, survenu dans la convalescence du choléra.

Geneix (6) a recueilli plusieurs cas d'érythème polymorphe

(1) Antonoff. De l'Érythème et du purpura hémorrhagique dans le rhumatisme aigu. Thèse de Nancy, 1883.

(2) Reynaud. Thèse Paris, 1879.

(3) Cabiran. Des éruptions de la fièvre typh. Thèse Paris, 1879.

(4) Lemaigre. Exanthème dans la fièvre typh. Thèse Paris, 1883.

(5) Mornard. Des éruptions de la fièvre typh. Thèse Paris, 1876.

(6) Geneix. Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale, et en particulier de l'érythème polymorphe. Th. de Paris, 1883.

dans la puerpéralité : il les explique par la migration des microbes septiques de l'infection puerpérale, et leur translation par le sang jusque dans la peau où ils vont former de petites embolies.

Les érythèmes dans la blennorrhagie ne sont pas fréquents ; cependant Mesnet a pu en relever un certain nombre qui sont énoncés dans sa thèse (1). Il nous dit que « les érythèmes scarlatiniformes et rubéoliques semblent être les plus fréquents, puis l'urticaire, l'*érythème exsudatif multiforme*, le purpura, l'érythème noueux ; ils apparaissent en général dans les blennorrhagies qui présentent d'autres symptômes d'infection, d'autres manifestations générales. » Il est probable qu'une bonne part des éruptions, soi-disant copahiques ou autres, qu'on a décrites au cours d'une chaude-pisse, sont des érythèmes infectieux (2).

Ballet (3) décrit également un érythème scarlatiniforme et une pseudo-rougeole chez des sujets atteints de blennorrhagie.

Dechambre (4) cite comme éruptions survenant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu l'érythème noueux, l'urticaire, l'érythème papuleux.

Nous ne voulons pas multiplier ces citations. Qu'il nous soit permis cependant de mentionner encore un cas, dont nous avons parlé M. le professeur agrégé P. Parisot, d'érythème papuleux

(1) R. Mesnet. Des érythèmes blennorrhagiques. Th. Paris, 1884.

(2) Nous verrons plus loin que Lewin fait rentrer les cas d'érythème polymorphe survenant à la suite des blennorrhagies dans sa théorie de l'angionévrose ; il les explique par un réflexe qui, parti de l'urèthre, viendrait déterminer dans la peau des éruptions diverses.

(3) Ballet. Arch. de médecine (sept. 1882).

(4) Dechambre. Gaz. des hôpit. 1860, p. 676.

qui survint dans la convalescence d'une angine et qui s'accompagna de phénomènes anémiques très prononcés.

On le voit par ce court aperçu, l'érythème polymorphe secondaire est en somme assez fréquent ; aussi la première règle à suivre, en clinique, quand un malade se présente avec un érythème polymorphe, est-elle de rechercher tout d'abord avec soin s'il n'est pas atteint de l'une ou l'autre des maladies infectieuses que nous avons énumérées ; et si cet examen ne donne pas de résultat, alors on aura le droit de conclure à un érythème polymorphe primitif.

Mais il faut se garder de tomber dans l'excès contraire, et, sous prétexte qu'un érythème polymorphe se présente avec des symptômes typhoïdes accentués, ou avec des manifestations articulaires précoces, de le confondre avec une fièvre typhoïde ou un rhumatisme articulaire aigu. Pour notre compte, nous sommes convaincu que cette confusion a été faite bien des fois et que nombre d'observations, citées dans les auteurs, de fièvre typhoïde s'accompagnant d'érythème polymorphe, ne sont autre chose que des érythèmes polymorphes à forme typhoïde.

Nous n'avons qu'à rappeler d'ailleurs le cas si instructif qui fait l'objet de notre observation XVII, et où le diagnostic fut, pour presque tout le monde, plusieurs jours en suspens, pour montrer combien la confusion est facile.

De Molènes, Rondot, Marquet expriment d'ailleurs la même opinion que nous. Mais serrons la question d'un peu plus près, et examinons quelques-unes des prétendues observations de fièvre typhoïde avec érythème polymorphe, qui sont rapportées dans les différentes thèses et monographies. En voici trois que nous empruntons à la thèse de Cabiran ; nous avons tenu, malgré leur longueur, à les rapporter *in extenso* ; nous avons de même rapporté *in extenso* les deux cas, incontestables ceux-là, qui ont été observés cette année à la clinique de

M. Spillmann, et nous disons incontestables parce qu'ils ont évolué sous les yeux de gens prévenus de la confusion possible et attentifs à l'éviter. De cette lecture comparative se dégagera d'elle-même la conclusion que nous voulons en tirer, à savoir que, dans nos cas, la fièvre typhoïde a été nette, indéniable, accompagnée de tous ses symptômes habituels, tandis que dans ceux que nous incriminons, on a affaire à je ne sais quels phénomènes vagues, sans lien, sans cohésion, qu'on a trouvé très commode, ne sachant à quoi les attribuer et par suite d'une habitude plus fréquente qu'on ne le croit en clinique, de mettre sur la compte de la dothiéntérie.

OBSERVATION A.

M. L..., 17 ans.

Le 7 septembre. Indisposé depuis quelques jours.

Symptômes d'état gastrique, vertiges légers, fièvre.

Eruption dès ce moment : entre l'ombilic et le pénil marbrures serpiginieuses réunies les unes aux autres. Chaque veine de ces marbrures avait bien 7 à 8 millimètres de large. Largeur uniforme, coloration mêlée de rouge et de bistre.

La pression du doigt faisait disparaître seulement la teinte rose. Il restait un substratum pigmenté assez brun.

La teinte rose était répartie irrégulièrement sous forme de taches parfois assez étendues, mais jamais bien limitées.

Aucune circonstance antérieure ne pouvait expliquer cette coloration.

La maladie suit un cours bénin jusqu'au 1^{er} octobre.

Le 3 octobre reprise du mal, recrudescence du côté de l'éruption toujours avec le même caractère.

On ne voit nulle part une seule tache lenticulaire.

Les symptômes observés ont été :

Fièvre à redoublement ;

Etat gastrique très-prononcé ;

Langue fuligineuse et sèche vers le 15 octobre ;

Affaissement profond.

Amaigrissement très-rapide. A peine un peu de diarrhée de temps à autre ; évacuations très-fétides sous l'influence des purgatifs et des lavements.

Persistance de l'éruption sans modifications très-sensibles, sans poussées.

A partir du 28 octobre convalescence franche. La teinte rose de l'éruption disparaît peu à peu et laisse à sa place une pigmentation marbrée de teinte bistre qui avait encore une intensité assez considérable le 3 novembre, jour de ma dernière visite.

OBSERVATION B.

Fièvre typhoïde avec éruption érythémateuse.

Marie M..., 27 ans, couturière. Salle Sainte-Claire, lit n° 14. Bonne santé antérieure ; rien dans les antécédents. Habite Paris depuis très longtemps.

Il y a deux ans, péritonite traumatique (coup de pied dans le ventre).

Menstruation régulière. Pas de pertes blanches. Amaigrissement et perte des forces. Le dernier mois, métrorrhagie abondante et de longue durée. Enfin sa santé allait s'affaiblissant, lorsque il y a quinze jours sont survenus des phénomènes aigus : céphalalgie intense avec fièvre le soir ; soif très vive, perte absolue de l'appétit, grande diarrhée avec gargouillements. Ces phénomènes ont duré quinze jours pendant lesquels elle a été soignée chez elle ; elle est alors entrée à l'hôpital.

Le 5. Le lendemain de son entrée à l'hôpital on trouve la malade abattue avec la peau chaude, le pouls assez fréquent (92), la température axillaire 38°. La céphalalgie moins vive, mais la malade tousse souvent et présente de la congestion des deux poumons.

L'état général ne paraît pas mauvais.

Ce qu'elle offre de plus remarquable est une éruption très abondante et très confluyente de taches érythémateuses. Cette éruption couvre la partie antérieure du thorax et de l'abdomen. On trouve aussi des taches sur le dos, mais elles sont en bien plus petit nombre. Elles diffèrent des taches rosées lenticulaires par leur nombre, leur dimension et leur couleur, elles sont plus larges que les taches rosées classiques et en outre

ont une coloration plus rouge. Les symptômes accusés par la malade avant son entrée à l'hôpital, l'excès de travail auquel elle s'était livrée font songer à une fièvre typhoïde légère.

M. le docteur Rendu, qui faisait en ce moment le service, considéra même la confluence de l'éruption des taches comme un signe pronostique favorable. Il faut remarquer en outre que l'éruption était un peu tardive.

Le 6. La malade se trouve mieux. La toux l'a un peu tourmentée dans la nuit. La diarrhée a cessé ; température axillaire 37,4. Les taches persistent avec la même intensité de coloration. Le soir température axillaire, 38,2.

Le 7. Les taches commencent à pâlir un peu, quelques-unes ont disparu. Elle devait se trouver au 2^e ou 3^e jour de l'éruption. Les symptômes généraux vont s'améliorant, température axillaire, 37,3. La malade a un peu d'appétit, on commence à l'alimenter avec beaucoup de prudence.

Le 8. Les taches diminuent et finissent par pâlir et disparaître.

Elles persistent encore sur l'abdomen, amélioration générale.

Le 9. L'éruption a à peu près disparu. La malade commence à manger.

Le 21. Sous l'influence d'une imprudence dans l'alimentation, rechute. Fièvre intense ; peau très chaude. Pouls très fréquent : 120, température axillaire 39,8. Oppression très grande, dyspnée. Nouvelle congestion des deux poumons avec symptômes très sérieux. Ventre ballonné, un peu de diarrhée. Le soir température 40,4.

Le 22. Même état, dyspnée fatiguant beaucoup la malade, toux peu fréquente. Peau chaude, langue sèche ; soif vive : température axillaire 39,6. Le pouls à 112, le soir temp. 40.

Le 23. Les phénomènes de congestion pulmonaire se sont un peu modifiés après l'application de ventouses sèches et scarifiées. Mais l'oppression est encore assez marquée ; la céphalalgie persiste, la figure de la malade est anxieuse et exprime la souffrance. Le ventre est moins ballonné, température axillaire 38,9.

Le 24. La malade se trouve un peu mieux, l'oppression va décroissant, toux de moins en moins fréquente ; la langue est blanche ; la malade a eu des vomissements.

Le 25. L'état général s'améliore. Les symptômes pulmonaires sont moins marqués. Il reste de l'oppression, un peu de toux et une expecto-

ration presque insignifiante ; les taches augmentent de nombre, et la confluence va aussi croissant.

Le 26. La dyspnée diminue et la malade se trouve mieux ; les taches persistent avec les mêmes caractères et même confluence.

Le 27. Amélioration. L'appétit revient. Les taches sont aussi abondantes que la veille, mais pâlissent un peu.

Le 28. Disparition de quelques-unes ; les deux jours suivants, les taches ont toutes disparu. Les symptômes pulmonaires et généraux se sont modifiés, et la malade peut commencer à manger.

OBSERVATION C

B. M..., âgé de 19 ans, journalier, entré le 26 juillet, salle Saint-François, lit n° 26.

Renseignements. Ce malade raconte qu'il est souffrant depuis quatre jours, que son mal a commencé par une céphalalgie violente et une courbature générale. Dès le premier jour, 22 juillet, ces phénomènes l'ont obligé à prendre le lit. Le lendemain, ils persistent avec toute leur acuité et, de plus, une diarrhée abondante survient ; le malade va à la selle sept ou huit fois dans la journée. Le 24 et le 25, même état de choses. Le 26, il se présente à la consultation pour demander son admission.

Etat actuel. Le soir de ce même jour, nous le trouvons dans un état de prostration complet, se plaignant de son mal de tête et incapable de se tenir debout ou même sur son séant, sans éprouver aussitôt des éblouissements. La face est rouge, congestionnée, la langue sèche, les gencives enduites de fuliginosités. La pression sur le ventre est douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite. Il y a peu de météorisme ; pas de gargouillements ; point de taches rosées.

La température, appréciée à la main, est très élevée ; elle n'a pas été prise ce soir-là au thermomètre. L'auscultation ne révèle l'existence d'aucun râle dans les poumons.

Le lendemain matin, 27 juillet, M. Moutard-Martin examine le malade et constate, outre les symptômes précédents, l'existence d'une éruption singulière. Cette éruption se voit sur les membres, le tronc et la face. Mais, dans ces divers points, elle offre des particularités.

Disposée sous forme de papules érythémateuses d'un rouge framboisé, disséminées sur les membres et la paroi abdominale antérieure, à des intervalles irréguliers, elle revêt la forme de plaques, d'aspect érysipélateux sur le dos, les fesses, au niveau des omoplates, sur tous les points en un mot qui supportent une pression, tandis que sur les joues, ce sont des élevures de coloration jaune cuivré, se détachant en clair sur la teinte rouge brun d'une peau brûlée. Ces papules disparaissent sous la pression du doigt pour reparaitre dès que cette pression cesse.

M. Moulard-Martin, à première vue, pense immédiatement à une éruption copahique, mais le malade n'a pas eu de chaude-pisse: il n'a pas ingéré de copahu, et, en raison de l'aspect de l'exanthème et surtout de la physionomie que lui impriment les élevures siégeant sur la face, il diagnostique une fièvre urticaire avec symptômes généraux d'une acuité exceptionnelle. On ordonne un purgatif (bouteille d'eau de Sedlitz), potages, etc...

Le 28, l'état du malade est à peu près le même; même élévation de la température; même diarrhée; même céphalalgie; mais l'éruption est mieux accusée encore et plus confluyente. A l'inspection de la gorge, le pharynx apparaît avec une couleur uniformément rouge sombre; il y a évidemment une légère angine érythémateuse.

Dans la soirée du 28, le malade a 40,2, et dans la nuit du 28 au 29, il est très agité; il délire, veut se lever, etc., on est obligé de lui mettre la camisole de force.

Le 29, nous le trouvons dans cet état d'agitation. La température est de 30°; sa respiration est brève, entrecoupée. Les membres sont agités d'un tremblement continu. Notre homme n'entend pas les questions qu'on lui pose. La soif est vive; la langue sèche, rouge sur les bords, est enduite de fuliginosités.

M. Moutard-Martin, en voyant que les phénomènes ataxiques dominent absolument la scène, que la température reste à un chiffre si élevé, ordonne des lavements froids et de larges affusions froides.

Le 29, à 4 heures, elles sont faites pour la première fois.

Le 30, même état. Affusions froides deux fois dans la journée. Ce jour, on trouve des taches rosées lenticulaires.

M. Millard, appelé à venir voir le malade, déclare n'avoir jamais constaté semblable éruption et, lui aussi, est frappé de son analogie avec

l'urticaire ou une éruption copahique. Cependant les accidents typhoïdes sont manifestes et l'on conclut en disant : *Erythème papuleux survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde*.

M. Millard nous fait de plus remarquer, ce jour-là, l'existence d'une hydarthrose légère dans le genou droit. Notons, par parenthèse, que notre malade n'a pas d'antécédents rhumatismaux. Le 30, le 31, le 1^{er}, les mêmes phénomènes continuent : même délire, même trémulation constante des membres, de la langue, etc. L'éruption seule se modifie légèrement, en ce sens que, perdant un peu de la vivacité de sa teinte, elle tend à prendre partout une coloration cuivrée, qui la rapproche beaucoup, comme aspect, des éruptions de la syphilis.

Cependant, le 1^{er} août dans la soirée, le malade est beaucoup mieux ; le tremblement est moins fort ; notre homme entend et comprend ce qu'on lui demande. (On continue les affusions froides).

Le 2, défervescence brusque de la température ; de 37,7, le thermomètre tombe à 36,7. Il n'y a presque plus de tremblement, l'intelligence revient, le malade est tranquille et dort presque toute la journée. Le 3, même état.

A partir de ce moment, l'appétit renaît, la fièvre a cessé, l'entrain du malade reparait, il entre en pleine convalescence. L'éruption a perdu peu à peu la vivacité de sa coloration, puis elle s'est éteinte lentement, et le 4 août, on n'en voit plus de traces.

Mais les régions dont elle avait été le siège entrent aussitôt en desquamation ; la main, le pied, desquament par larges plaques ; le reste du corps présente une desquamation furfuracée. Notre malade part, complètement guéri, pour Vincennes, le 17 août. A aucun moment, nous n'avons trouvé d'albumine dans ses urines.

Pour ne parler que de la dernière de ces observations, ne ressemble-t-elle pas absolument à notre érythème grave à forme typhoïde (Obs. XVII). Nous ne nous expliquons pas qu'on ait diagnostiqué fièvre typhoïde. Qu'est-ce que c'est qu'une fièvre typhoïde qui se présenterait avec un tel cortège de symptômes graves, et qui tournerait court, brusquement, d'un jour à l'autre, après 10 jours ?

Est-ce à dire que nous voulions incriminer tous les cas de

fièvre typhoïde avec érythème polymorphe qui ne se sont pas passés sous nos yeux ; nous n'avons nullement cette prétention. Reynaud, Raymond et Nélaton en rapportent des exemples indéniables ; nous avons voulu seulement attirer l'attention sur l'erreur possible, erreur si explicable et si excusable d'ailleurs, quand on songe combien la connaissance exacte de l'érythème polymorphe est de date récente, et combien peu de médecins sont encore, à l'heure qu'il est, familiarisés avec les différents aspects morphologiques et cliniques que peut présenter la maladie de Hebra.

Nous aurions les mêmes critiques à présenter, si nous n'avions la crainte de paraître trop long, pour ce qui est de certaines observations d'érythème polymorphe dans le rhumatisme articulaire aigu — et il est bien entendu que nous ne prenons pas ici ce terme de rhumatisme articulaire aigu dans le sens ancien du mot, c'est-à-dire d'affection plus ou moins en rapport avec la diathèse arthritique ; il n'est plus permis actuellement de considérer le rhumatisme articulaire aigu autrement que comme une maladie infectieuse.

Nous reconnaissons toutefois que, dans ce cas, le diagnostic différentiel n'est pas toujours aussi aisé qu'avec la fièvre typhoïde, et qu'il est même parfois impossible cliniquement, en dehors des cas bien tranchés, semblables à ceux que nous avons cités (Obs. XX et XXI). Pour la dothiéntérie en effet, la durée, la marche de la maladie, la courbe thermométrique, les taches rosées lenticulaires, au besoin l'examen bactériologique du sang de la rate, seront autant de bons signes dont le clinicien pourra tirer profit. Mais, pour le rhumatisme articulaire aigu, tous ces éléments de diagnostic font défaut. Voici par exemple un malade qui est mal à l'aise depuis quelques jours, a des frissons, de la fièvre, de la céphalalgie, un état saburral des voies digestives ; puis surviennent du gonflement

et de la douleur dans une ou plusieurs jointures; en même temps, on voit apparaître une éruption d'érythème noueux, ou papuleux, ou marginé, peu importe; ces phénomènes durent quelques jours; on constate, dans les jours qui suivent, un souffle doux à la pointe du cœur, ou bien une légère congestion pulmonaire, ou bien un peu d'albumine dans les urines; puis tout s'amende, ou même une nouvelle poussée survient soit du côté de la peau, soit du côté des articulations et, au bout de quinze à vingt jours, tout rentre dans l'ordre.

Nous le demandons, a-t-on affaire dans un cas de ce genre (et il n'est pas imaginaire, il suffit de parcourir les observations classiques de rhumatisme articulaire aigu, pour en trouver de tout semblables) à un érythème polymorphe primitif compliqué d'arthropathies, ou bien à un rhumatisme infectieux dans le cours duquel survient secondairement un érythème polymorphe? La distinction est, en tout cas, bien délicate à établir et ne peut s'appuyer sur rien de précis, ni sur le mode d'invasion, ni sur l'ordre de succession des phénomènes, ni sur les complications viscérales, qui ne peuvent juger la question, puisqu'elles sont les mêmes dans les deux cas, comme du reste dans toutes les maladies infectieuses.

Cependant, s'il faut en croire Villemin, nous aurions maintenant un moyen de diagnostic, et ce moyen serait le traitement lui-même, qui deviendrait ici, comme dans la syphilis, la véritable « pierre de touche » du diagnostic. En effet, si, comme nous le verrons au chapitre du traitement, l'iode de potassium est réellement le spécifique de l'érythème polymorphe, comme, d'autre part, nous connaissons déjà le spécifique du rhumatisme articulaire aigu, ce sera l'action de l'un ou l'autre spécifique qui fera le diagnostic dans les cas douteux.

Nous ne dirons qu'un mot de l'érythème polymorphe qui apparaît parfois dans le cours de certaines intoxications. On sait qu'un certain nombre de médicaments ont la propriété de provoquer, chez certaines personnes pourvues probablement d'une idiosyncrasie spéciale, des éruptions cutanées; eh bien, l'érythème exsudatif multiforme a été noté quelquefois dans ces cas : ce sont surtout le sulfate de quinine (1), l'antipyrine (2), l'arsenic (3), qui ont cette action. Là encore, nous avons affaire à des érythèmes secondaires, sans rapport avec l'érythème idiopathique primitif.

(1) Voy. Annales de syph. et Dermat., 25 avril 1887 et Berliner Klinischer Wochenschrift, 1877, p. 305.

(2) Eod. loco.

(3) Id.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE (1)

Nous ne nous arrêterons pas longtemps à discuter les théories anciennes qui ont été émises sur la nature de l'érythème polymorphe, car nous avons hâte d'arriver à la théorie infectieuse, la seule capable d'expliquer rationnellement les faits. Les autres théories peuvent, en somme, être ramenées à deux : la théorie rhumatismale, et la théorie de Lewin.

Pour ce qui est de la théorie rhumatismale, ce que nous en avons dit à propos des complications, nous dispenserait à la rigueur d'y revenir. Pour nous, nous le répétons, les arguments

(1) Nous n'avons pas grand chose à dire de l'étiologie de l'érythème polymorphe. Cette maladie se rencontre à tous les âges, même chez les jeunes enfants; il ne semble pas y avoir de prédispositions de sexe; bien que Hebra ait prétendu que la maladie atteint le plus souvent les hommes, et que Lewin ait avancé, au contraire, qu'elle est plus fréquente chez les femmes. Quant à l'influence saisonnière, elle est signalée par tous les auteurs; le printemps et l'automne sont les deux saisons où on observe le plus d'érythèmes polymorphes. Pour notre part, sur quinze cas que nous avons vus, tous, sauf quatre, se sont passés d'avril à juillet.

qu'invitent le plus triomphalement ses partisans, c'est-à-dire les déterminations articulaires et viscérales, sont précisément ceux qui nous paraissent démontrer jusqu'à l'évidence la justesse de la doctrine infectieuse. Les arthropathies de l'érythème polymorphe ne relèvent pas plus du rhumatisme que celles de la scarlatine, de la puerpéralité, de la fièvre typhoïde, de la dysentérie, etc., et rentrent absolument dans la catégorie des arthrites des maladies infectieuses, dans ce que M. le professeur Bouchard et M. Bourcy ont appelé le pseudo-rhumatisme infectieux. Nous ne pouvons mieux faire que de citer à cet égard un passage du beau livre de M. Bouchard, dont chaque ligne mérite d'être méditée.

« Il est des maladies auxquelles on a donné le nom de rhumatismes et qui ont reçu cette appellation parce qu'elles comptent l'arthrite au nombre de leurs manifestations. Mais de même que le refroidissement, que la fluxion, que la douleur, que la soudaineté et la mobilité des phénomènes fluxionnaires ne caractérisent pas essentiellement ce qui est rhumatismal, de même l'arthrite n'est pas caractéristique du rhumatisme, Cela ne fait pas doute pour l'arthrite traumatique, c'est également admis pour les arthrites scrofuleuse, syphilitique, goutteuse, pour celles de l'infection purulente ou de la morve. C'est vrai également pour d'autres arthropathies solitaires ou multiples, pour les pseudo-rhumatismes de l'érysipèle, de la dysentérie, des angines, de certaines bronchites purulentes, de la scarlatine, de la variole et pour ces autres pseudo-rhumatismes essentiellement différents les uns des autres, qu'on a indûment réunis sous le nom de rhumatisme génital (blennorrhagie, cathétérisme, dysménorrhée, grossesse, allaitement, etc.). Au cours de ces états divers, morbides, accidentels ou physiologiques, le rhumatisme vrai peut se développer. Théoriquement, ce n'est pas impossible ; effectivement c'est

infiniment rare. Le rhumatisme faux, l'arthrite secondaire, le pseudo-rumatisme est incomparablement plus fréquent. On objecte toujours que, au cours de ces pseudo-rumatismes, il n'est pas rare de voir survenir d'autres inflammations des membranes séreuses, des pleurésies, des péricardites, des endocardites ; et on veut y voir un caractère qui obligerait à y reconnaître la nature rhumatismale.

Mais dans la morve aussi et dans l'infection purulente, on voit coexister des inflammations des grandes séreuses, à côté des inflammations articulaires. La production de déterminations secondaires à la fois sur les séreuses et sur les jointures n'appartient donc pas exclusivement au rhumatisme. C'est, je puis le dire, un caractère commun d'un grand nombre de maladies infectieuses, et c'est par le procédé de l'infection que se forment, à titre de foyers secondaires, ces pleurésies, ces péricardites, ces arthrites des maladies infectieuses. Or, la plupart des maladies qui se compliquent de pseudo-rumatisme, sont des maladies infectieuses depuis l'érysipèle jusqu'aux maladies puerpérales, en passant par la dysentérie, par les angines, y compris l'amygdalite aiguë, par la scarlatine, la variole, la blennorrhagie. »

D'ailleurs, si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que la diathèse arthritique ne peut être incriminée que dans un seul cas ; dans tous les autres, nous n'avons trouvé chez nos malades aucun antécédent rhumatismal, ni personnel, ni héréditaire. Et en eussions-nous trouvé, que cela ne prouverait encore rien ; car les arthritiques sont exposés, comme tout le monde après tout, à être atteints par un microbe, une infection quelconque ; et s'il suffisait d'être arthritique pour échapper à la contagion de la fièvre typhoïde, du choléra, de la scarlatine, ce serait vraiment une diathèse providentielle et bien enviable à coup sûr.

Nous ne nous appesantirons pas non plus sur l'argument qu'on a voulu tirer de la prétendue action du salicylate de soude, et que de Molènes-Mahon a réduit à néant.

Théorie de l'angionévrose. — Cette théorie, dont l'idée appartient à Köbner, a surtout été développée par Lewin, et elle est adoptée par un certain nombre de dermatologistes allemands.

D'après cette théorie, l'érythème polymorphe serait produit par une atonie des nerfs vaso-dilatateurs, laquelle amènerait une dilatation vasculaire et l'érythème ; cette atonie des nerfs vaso-moteurs serait causée par des excitations parties des centres vaso-moteurs de la moelle, et enfin, ces centres vaso-moteurs seraient impressionnés par un grand nombre d'agents, mécaniques (chocs, pression, traumatismes), physiques (froid, chaleur), chimiques (médicaments), virulents (transport par le sang des microbes jusqu'aux centres), et enfin excitations réflexes parties des organes génitaux.

On le voit, ce sont précisément là toutes les causes des érythèmes, et si l'on veut se reporter aux distinctions que nous avons pris soin d'établir dans notre introduction, nous n'aurons plus rien à ajouter, car tous nos efforts ont justement tendu à séparer nettement de tous les érythèmes de cause banale, les érythèmes dus à cause générale, infectieuse ou non, dont la lésion cutanée ne représente qu'un syndrome. Lewin, lui, cherche au contraire à les englober tous dans la même classification, et il croit avoir trouvé le lien par son invention de la névrose vaso-motrice. Mais, comme le lui a fait remarquer Rosenberg, dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet à la Société médicale de Berlin (1), c'est là une vérité

(1) In revue des sc. médicales de Hayem, T. 16, p. 610. 1880.

banale, il n'est aucune lésion cutanée qu'on ne puisse expliquer de la même façon.

Oui, certes, nous acceptons l'idée d'une modification vasomotrice comme cause immédiate, prochaine, des lésions cutanées de l'érythème polymorphe, mais après? On est bien obligé de rétablir les catégories pour distinguer entre les divers agents qui peuvent eux-mêmes produire ces modifications; et alors l'essai est avorté. Ces réserves faites, nous adopterions volontiers la théorie de Lewin, qui explique, dans le cas d'érythème infectieux — qui est le nôtre et le seul que nous voulions considérer, — la lésion cutanée par l'action sur les centres vaso-moteurs d'un sang chargé de microbes; mais nous avons une grande tendance à admettre plutôt celle des embolies parasitaires, qui a été proposée par Brieger, et qui attribue les efflorescences de l'érythème polymorphe à des colonies microbiennes apportées directement par le sang dans les téguments; le microbe exercerait donc directement son action sur certains points de la peau, et non immédiatement, par l'intermédiaire du système nerveux vasomoteur. Si cette théorie nous paraît plus probable, c'est qu'elle est en complet accord avec les recherches bactériologiques de notre ami Haushalter, que nous allons exposer dans un instant.

Maintenant, ces réserves faites, nous ne voyons nul inconvénient à accorder à Lewin qu'il y a certainement un grand nombre d'érythèmes de nature purement nerveuse; sans parler de l'érythème des gens timides (la vulgaire action de rougir), sans parler de l'érythème *pudica*, qui sont incontestablement dûs aux modifications imprimées à la circulation par les nerfs vaso-moteurs, ne voyons-nous pas tous les jours, en clinique, de ces manifestations érythémateuses fugaces, mobiles, le plus souvent symétriques, qui sont si évidemment sous la

dépendance du système nerveux ; nous n'en voulons pour exemple que les deux plaques d'érythème noueux que nous avons vues apparaître un jour soudainement chez un malade de M. le professeur Spillmann, atteint de goître exophtalmique, ou encore une éruption érythémateuse diffuse qui se manifesta et dura plusieurs jours chez une femme du même service, qui était en proie à un état nerveux complexe, vésanie, hypochondrie, etc..., nous pourrions multiplier les observations de ce genre. A ranger encore dans cette catégorie les érythèmes des hémiplegiques, des ataxiques, etc.

Mais répétons bien encore une fois que tous ces cas n'ont aucun rapport avec l'érythème polymorphe infectieux.

Quant à la prétendue relation que Lewin aurait observée entre l'érythème polymorphe et certaines affections génitales, on nous permettra de ne l'accueillir qu'avec circonspection ; car, d'une part, pour ce qui est de la période menstruelle, nous ne voyons là qu'une réaction cutanée, analogue à l'herpès, telle qu'il s'en produit fréquemment dans cet état nerveux spécial ; et, d'autre part, pour les érythèmes consécutifs à une irritation du canal de l'urèthre chez des blennorrhagiens, nous inclinons à croire qu'il s'agit là d'une coïncidence, l'érythème polymorphe pouvant se rencontrer secondairement dans la blennorrhagie, ainsi que nous l'avons vu. D'ailleurs, un simple raisonnement, dont Lewin lui-même nous fournit les éléments, montre bien toute l'incertitude de cette hypothèse ; en effet, cet auteur, après avoir dit que dans les cas auxquels nous faisons allusion, l'érythème exsudatif doit être considéré comme la manifestation d'une irritation réflexe, partant de la muqueuse uréthrale et agissant sur les nerfs vaso-moteurs de la peau, ajoute : « c'est un fait tout comparable au rhumatisme blennorrhagique. » (1). Or, nous savons aujourd'hui, à

(1) Berl. Klin. Wochenschrift, 1876, p. 322.

n'en pas douter, que le rhumatisme blennorrhagique n'est nullement un acte réflexe, mais qu'il est dû à la généralisation de l'infection blennorrhagique, puisqu'on a découvert des gonocoques dans l'épanchement articulaire des blennorrhagiens; donc, puisque l'explication est fausse pour le rhumatisme blennorrhagique, elle doit l'être également pour l'érythème polymorphe.

Théorie infectieuse. Reste la théorie infectieuse qui, si nous en croyons une définition qu'on a donnée, est évidemment la seule vraie, puisqu'elle rend compte de tous les faits observés et qu'aucun fait observé n'est en contradiction avec elle. Rappelons brièvement toutes les présomptions qui l'appuient: l'invasion, le mode de réaction de l'organisme (malaise général, frissonnements, douleurs vagues), qui indique si bien l'irruption d'un principe virulent, la séparation en périodes prodromique, d'éruption et de déclin, la nature des complications (endocardite, albuminurie, arthropathies), le seul fait même qu'il y ait des complications ou plutôt des localisations viscérales, ce qui prouve bien la dissémination du principe morbide et la souffrance de tout l'organisme, enfin, les cas graves, mortels, dont on ne peut attribuer la terminaison funeste à la lésion cutanée, pas plus qu'on ne le fait pour la scarlatine et la variole, mais bien à la cause générale, supérieure, dont elle n'est que l'expression.

Il est encore un autre argument en faveur de la théorie infectieuse; c'est celui qui a été apporté par Villemin. Cet auteur a cru remarquer en effet que l'iodure de potassium a une action spécifique sur l'érythème polymorphe; de notre côté, ainsi que nous le verrons plus loin, nous avons vérifié cette assertion dans la plupart de nos cas, et nous tenons cette action spécifique pour certaine. Or, ce mot spécificité d'un mé-

dicament éveille tout naturellement l'idée de maladie infectieuse, microbienne, car un médicament ne peut agir d'une façon constamment efficace que sur un principe virulent organisé, animal ou végétal, champignon ou microbe, auquel il crée un milieu incompatible avec son existence. C'est ce que nous voyons se produire pour le mercure, le sulfate de quinine, le salicylate de soude qui sont à peu près les seuls spécifiques connus et dont l'action sur la syphilis, la fièvre intermittente, le rhumatisme articulaire aigu, *maladies infectieuses*, est universellement admise. Donc, si l'action spécifique de l'iodure de potassium vient à être démontrée d'une façon indubitable, il s'ensuivra forcément que l'érythème polymorphe devra être considéré comme une maladie infectieuse.

Reste alors à trouver le parasite, le microbe que tout semble indiquer. Dans ces dernières années, plusieurs efforts ont été tentés dans ce but; mais les recherches auxquelles s'est livré notre excellent ami le docteur Haushalter à propos des cas qui se sont succédé depuis un an à la clinique de M. le professeur Spillmann, et qu'il a publiées dans les Annales de Dermatologie (1), nous paraissent à peu près concluantes. Ici nous laissons la parole au docteur Haushalter :

« Considérant l'érythème polymorphe comme une maladie infectieuse dont l'éruption cutanée n'est qu'un syndrome, on devait en arriver naturellement à rechercher dans les lésions de la peau le germe infectieux qui semble devoir s'y localiser, comme il se localise dans tous les exanthèmes des maladies infectieuses.

« C'est surtout sur la sérosité des vésicules et des bulles, plus facile à examiner, que les recherches se sont portées.

(1) Contrib. à l'étude de l'Er. pol. Ann. de Derm.. nov. 1887.

« En 1880, M. le professeur Spillmann, observant un cas de pemphigus aigu note, dans la sérosité des bulles « des bâtonnets très courts, analogues à ceux de la fièvre puerpérale » ; il ne leur attribue pas l'origine de la maladie, mais attire l'attention sur l'intérêt qu'aurait, au point de vue parasitaire, l'examen de la sérosité des bulles.

« Gibier (1), en 1882, après avoir rappelé que Vidal a observé dans les bulles du pemphigus aigu, des bactéries sur la provenance desquelles il n'émet aucune hypothèse, décrit une bactérie qu'il a trouvée dans le liquide des bulles fraîches et dans l'urine ; ces bactéries, douées d'une grande mobilité, sont ordinairement réunies en articles de deux à vingt ; elles ont une largeur de 2 μ sur 4 à 10 μ de longueur ; il a pu les reproduire en cultivant le liquide des bulles et l'urine ; leur inoculation aux animaux était sans résultat. Gibier tend à considérer ces microorganismes comme l'agent infectieux du pemphigus aigu.

« En 1883, Riehl (2) décrit un champignon trouvé dans les croûtes des bulles desséchées et à l'orifice des bulbes pileux ; c'était une gonidie analogue à celle du trichophyton.

« En 1884, Colrat observe un microcoque dans des bulles pendant une petite épidémie de pemphigus aigu chez des enfants ; ce microorganisme cultivé et inoculé à un des enfants, provoqua la naissance d'une bulle au point d'inoculation.

« En 1885, Spillmann (3) relatant un cas curieux de pemphigus aigu, décrit des microorganismes qu'il a constatés dans le sang, la sérosité des bulles et l'urine : spores arrondies,

(1) Ann. de Derm. p. 101, 1883.

(2) Wien. med. Wechenschr. Décembre 1883.

(3) Loc. cit.

mobiles, ordinairement réunies par deux ou par trois, de façon à former des bâtonnets nouveaux. »

Après cet exposé de tentatives faites avant lui Haushalter donne le résultat de ses propres recherches. Pour l'exposé technique, nous renvoyons à son travail publié dans les annales de Dermatologie. Rappelons seulement : que, chez un premier malade (celui qui fait le sujet de notre observation XVII), Haushalter a trouvé, dans la sérosité des vésicules et dans l'urine, un microbe spécial qu'il a pu isoler et cultiver, et dont il donne la description (microcoques arrondis, mesurant huit dixièmes de μ à un μ , très rarement isolés, ordinairement réunis deux par deux ou en chaînettes, animés d'un mouvement d'oscillation sur eux-mêmes, et de progression); qu'à quelques jours d'intervalle, il a retrouvé chez un autre malade exactement le même microbe, également dans l'urine et dans les bulles; qu'il a pu de même l'isoler et le cultiver; que des inoculations faites à quatre cobayes avec des fragments de colonie, n'ont produit aucun trouble chez deux d'entre eux, mais que deux autres sont morts au bout de 10 heures, et que des cultures faites avec leur sang ont reproduit les mêmes colonies composées des mêmes microcoques.

Reproduisons enfin la conclusion de notre ami, qui sera la nôtre : « De ces expériences nous pouvons conclure, avec une grande probabilité que le microbe que nous avons isolé n'est pas un microbe vulgaire de la suppuration; l'inoculation n'ayant jamais provoqué de foyers inflammatoires.

« Pouvons-nous conclure que le microorganisme que nous avons cultivé soit l'agent infectieux de la fièvre exanthématique? Nous l'avons retiré par la culture des efflorescences cutanées et de l'urine des malades; mais nos essais de culture avec le sang ont été infructueux, ce qui peut s'expliquer par ce fait que l'exanthème est la localisation du parasite sous la

peau, et l'urine sa voie d'élimination, tandis que le sang ne lui sert que de véhicule momentané. D'un autre côté, nos essais d'inoculation n'ont pu reproduire, chez l'animal, d'éruption analogue à celle de l'érythème multiforme ; mais cet insuccès ne pourrait suffire pour affirmer que le microcoque que nous avons isolé n'est pas l'agent virulent de la maladie ; car il est avéré que bien des maladies de l'homme peuvent ne pas atteindre l'animal.

« Il serait utile que des examens bactériologiques répétés fussent faits sur les liquides organiques des malades atteints des différentes formes d'érythème polymorphe primitif aigu, soit d'érythème papuleux, soit d'érythème vésiculeux, noueux ou bulleux ; si après un grand nombre de recherches on retrouve et on isole dans tous ces cas le parasite que nous avons observé, on pourra conclure, d'une part, qu'il est bien le microbe de la fièvre érythémateuse, et d'autre part, que les différentes variétés d'éruption réunies sous le nom d'érythème polymorphe relèvent de la même infection. »

Nous devons ajouter que depuis, le docteur Haushalter a recherché plusieurs fois par les mêmes procédés l'agent infectieux de l'érythème polymorphe dans les différents cas qui se sont produits cette année à la clinique de M. Spillmann, et qu'il ne l'a pas retrouvé, mais on sait combien les mécomptes de ce genre sont fréquents en bactériologie, et combien il faut souvent faire d'examen négatifs avant de rencontrer un examen positif.

Et précisément, au moment où nous allions livrer ce travail à l'impression, notre excellent camarade Legrain a eu la chance de tomber sur un cas positif, et il nous a immédiatement communiqué le résultat de ses recherches, ce dont nous le remercions. Voici ce résultat (le malade est celui de notre Obs. VII) :

Une pomme de terre ensemencée directement avec le sang donne deux colonies :

1^o Colonie jaune, sorte de mamelon après cinq jours à l'étuve (1).

2^o Colonie blanche, délicate, non circonscrite, mais à bords crénelés, après cinq jours à l'étuve. Ce sont des microcoques, souvent réunis en diplocoques, assez mobiles, possédant un mouvement d'oscillation assez prononcé.

La colonie blanche a pu être cultivée sur agar, sur pomme de terre, dans le bouillon, sur le blanc d'œuf cuit, sur gélatine et sur plaques.

Sur pomme de terre, elle présente l'aspect suivant : colonie d'un blanc laiteux, large de un millimètre ; elle s'étend assez rapidement en largeur et donne en 48 heures une nappe blanchâtre, lisse à sa partie médiane, un peu granuleuse sur ses bords et pouvant atteindre un centimètre.

Si on a inoculé la pomme de terre en faisant couler sur toute sa surface une goutte d'une culture dans le bouillon on voit, en 48 heures, toute la surface recouverte de petits mamelons blancs, peu surélevés, lisses, unis les uns aux autres par de petites travées, et devenant bientôt confluent vers la 40^e heure.

2 souris, inoculées avec la colonie blanche, sont mortes au bout de 8 et 5 jours.

L'examen des urines ne donne pas de résultat.

En résumé Legrain trouve deux microbes : le blanc-gris qui avait été décrit par Haushalter, et un microbe jaune.

De plus, nous voyons, dans le Journal des Connaissances scientifiques du 5 juillet 1888, qu'un allemand, Demme, a trouvé, dans cinq cas d'érythème polymorphe, un microbe jaune, dont il ne précise pas nettement les caractères, plus un microbe, blanc nacré, qui ne paraît pas être le même que celui d'Haushalter.

(1) Ce microbe qui liquéfie la gélatine semble, jusqu'ici être le *M. pyogenes aureus*. Les recherches sont continuées à ce sujet.

Il est à prévoir que, maintenant que la voie est tracée, les recherches vont se multiplier de ce côté, et que nous ne tarderons pas à être fixés définitivement sur le ou les agents infectieux qui engendrent l'érythème polymorphe.

De tous ces faits, il ressort pour nous, d'une manière évidente, que l'érythème polymorphe est une fièvre infectieuse accompagnée de manifestations cutanées, ayant toutes les allures d'une fièvre éruptive et ne différant de la variole, de la scarlatine et de la rougeole que par sa tendance aux récurrences.

Aussi repoussons-nous absolument la classification que Jacquet (1) a voulu tout dernièrement établir, et dans laquelle il ne reconnaît pas d'érythème idiopathique, mais seulement des érythèmes symptomatiques, soit d'une névrose vaso-motrice, soit d'une action toxique ou médicamenteuse, soit d'un trouble du système nerveux central, soit enfin de maladies infectieuses constituées (telles que la fièvre typhoïde et le choléra). Outre que cette classification, qui ne fait aucune distinction entre les différentes causes pathogènes de l'érythème polymorphe, est passible des mêmes reproches que ceux que nous avons adressés à la classification de Lewin, elle est, en quelque sorte, détruite par son auteur lui-même, puisqu'il est obligé d'ajouter aux maladies infectieuses connues qui produisent l'érythème polymorphe certaines « infections innommées ». Mais ce sont précisément ces « infections innommées » qui constituent l'érythème polymorphe idiopathique ou primitif, et l'auteur de cette classification s'est chargé lui-même de prouver combien elle est artificielle.

(1) Jacquot. In Gaz. des Hôpit., 8 oct. 1887.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic de l'érythème polymorphe doit être envisagé à deux points de vue : Diagnostic des symptômes d'invasion (phénomènes généraux) et diagnostic de la lésion cutanée elle-même.

La période de début de l'érythème polymorphe ressemble absolument à celle de toutes les maladies infectieuses ; c'est le même malaise général, la même sensation de fatigue, de courbature dans les membres, les mêmes troubles gastriques ; nous sommes convaincu qu'il est absolument impossible, tant que l'éruption caractéristique n'a pas fait son apparition, de porter un diagnostic précis ; nous devons dire toutefois que, parmi tous ces symptômes prodromiques, il en est un qui n'apparaît nulle part avec plus de fixité et surtout d'intensité que dans la maladie de Hebra, et qui, pour cette raison, pourrait jusqu'à un certain point être considéré comme caractéristique, au même titre que le catarrhe oculo-nasal de la rougeole ou l'angine de la scarlatine : Nous voulons parler des douleurs dans les membres et spécialement dans les membres inférieurs qu'on voit si souvent se produire, soit sous forme

d'élançements dans la continuité des os, soit sous forme de raideurs dans les jointures, pendant la période podromale de l'érythème exsudatif. Ces douleurs, que nous avons déjà signalées à plusieurs reprises, ont été retrouvées par nous avec persistance, même dans les cas les plus légers. Dans les formes graves, ces douleurs se manifestent parfois sous forme de sensation de brûlure intense ou même de gonflement au niveau des petites articulations des doigts et des pieds. Quelquefois, ces symptômes douloureux peuvent, il est vrai, se localiser à la région lombaire, et on a affaire à une véritable rachialgie qui peut, on le comprendra aisément, faire croire à une variole.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit ailleurs de la confusion qui peut être faite, et qui a été faite certainement bien des fois, entre les érythèmes polymorphes à forme typhoïde et la fièvre typhoïde elle-même, entre les érythèmes polymorphes à manifestations articulaires prédominantes et le rhumatisme articulaire aigu. Nous renvoyons, pour tous ces faits, à la longue discussion qui fait l'objet de notre chapitre III.

La lésion cutanée de l'érythème polymorphe peut, si on la considère en dehors des phénomènes généraux qui n'existent pas toujours, prêter assez facilement à confusion. Ainsi, certaines formes de la rougeole, dites boutonneuses, ressemblent absolument à un érythème papuleux miliaire; pour notre compte, nous avons vu deux cas de ce genre; dans le premier, le diagnostic put être fait, grâce au polymorphisme de l'éruption, qui présentait en certains points de larges macules violacées (Obs. I); dans le second, il fut fondé sur l'absence de bronchite et de catarrhe oculo-nasal et sur l'existence des douleurs caractéristiques dans les membres inférieurs.

Il y a, paraît-il, certaines formes anormales de variole, qui

peuvent également induire en erreur. De Molènes-Mahou a vu une ou deux fois des malades qui avaient été envoyés à l'hôpital avec le diagnostic variole et qui avaient un érythème polymorphe. Lewin pense qu'une partie de ces cas décrits comme des varioles à évolution irrégulière doivent être considérés comme des érythèmes exsudatifs ; il avoue avoir commis cette erreur, avant d'avoir acquis une expérience suffisante en la matière.

Un diagnostic différentiel qu'il est très important de faire, et qui se représente pour les diverses manifestations cutanées de la maladie de Hebra, est la distinction d'avec les syphilides, qui, peuvent elles aussi, offrir des formes si variées. Ainsi la forme papuleuse de l'érythème exsudatif pourra être confondue avec les syphilides papuleuses, les formes annulaires et iris avec la roséole annulaire syphilitique, avec les syphilides à disposition circinée, la forme noueuse avec certaines gommès syphilitiques. Nous n'insistons pas sur ce diagnostic différentiel, qui devra s'appuyer sur les renseignements et les commémoratifs, les manifestations concomitantes de la syphilis ou la trace des manifestations antérieures, le siège spécial, la coloration, la disposition des lésions, l'absence de prurit, etc.

L'herpès tonsurant peut parfois en imposer pour une plaque d'érythème iris. Dans un cas curieux, que nous avons observé, (Obs. n° VIII), nous vîmes se développer, environ trois semaines après la guérison d'un érythème iris, une large plaque d'herpès tonsurant sur la cuisse gauche du malade ; on comprend combien, au premier abord, la confusion devait être aisée, puisque ce malade avait précisément présenté la forme d'érythème qui se rapproche le plus, comme aspect, de l'herpès tonsurant ; le traitement anti-parasitaire, immédiatement institué par M. le professeur Heydenreich, eut d'ailleurs très rapidement raison de cette lésion.

Il est deux affections, l'urticaire et le purpura, qui ne sont pas toujours faciles à distinguer de l'érythème polymorphe. Pour nous, nous n'attachons pas grande importance à ce diagnostic différentiel, car nous sommes convaincu que ces deux affections ne sont probablement que des variétés de l'érythème polymorphe. Un certain nombre d'auteurs ne sont pas loin, d'ailleurs, de partager cet avis. De Molènes-Mahon dit dans sa thèse (1) : « L'urticaire a des rapports directs bien nets avec l'érythème polymorphe à tous les points de vue ; aussi serions-nous tenté de ranger l'urticaire dans l'érythème polymorphe, tels que nous le concevons, sous le nom d'érythème ortié, ainsi que le purpura, qui a tant d'analogies avec l'érythème polymorphe, certaines formes de purpura du moins, qui constitueraient l'érythème hémaphéique. »

Kaposi étudie le purpura immédiatement après l'érythème noueux, toujours dans la classe des dermatoses exsudatives aiguës non contagieuses, et s'exprime ainsi : « En fait, on a affaire à une classe de maladies qui passent par des formes transitoires continuelles, allant graduellement de l'érythème lisse exsudatif, par l'érythème ortié, à l'herpès iris et circiné, ou de l'érythème ortié, par l'intermédiaire de l'érythème noueux, au purpura rhumatismal, qui présentent le type général déjà décrit, à savoir : la localisation particulière, la marche typique aiguë, le caractère en général bénin, l'apparition principale dans des saisons déterminées.

« Tandis que, d'une manière générale, les sous-espèces particulières de cette classe de maladies s'observent habituellement séparées, on rencontre cependant souvent toutes ces

(1) Loc cit. p. 101.

formes coexistant sur un même individu ; par exemple ; l'érythème annulaire, lisse, diffus, iris aux membres supérieurs, l'herpès iris et circoné sur la face dorsale des mains et au visage, l'*urticaire papuleuse* et l'érythème noueux aux membres inférieurs ; et entre les nodosités de ce dernier érythème, on trouve disséminées des *taches hémorrhagiques* de la dimension d'une lentille et même plus grandes, en même temps que de la tuméfaction des articulations et du *purpura rheumatis-mal* ».

Kaposi nous dit encore ailleurs : « Sous le rapport de la spontanéité de leur apparition et de leur complète résorption, elles (les nodosités de l'érythème noueux) *ne constituent qu'une plaque d'urticaire développée à un plus haut degré d'intensité* ».

De fait, rappelons-nous l'évolution et les phases successives par lesquelles nous avons vu passer la lésion initiale de l'érythème polymorphe, la papule congestive ; après la congestion, l'inflammation, l'exsudation, imaginez un degré de plus, la rupture des fins capillaires sanguins et l'effraction du sang dans une portion limitée du derme : voilà la tache purpurique constituée ; et n'y a-t-il pas une forme de purpura, le purpura dit exanthématique qui, par sa disposition papuleuse, marque bien cette transition entre les deux lésions ? Quand à l'urticaire, ne serait-ce pas, au contraire, le degré le plus léger, la manifestation la plus fugace du processus ? Et quelle est donc, je vous prie, au point de vue purement objectif, pour l'œil seulement et si on fait abstraction du caractère de mobilité particulier à l'urticaire, quelle est donc la différence entre la papule de l'urticaire et la petite papule ortiée qu'on rencontre dans certaines formes de la maladie de Hebra ? Nous avons vu, tout récemment, à la consultation de l'hôpital, un malade qui, malheureusement, nous a échappé avant que son observation

eût pu être recueillie, et qui présentait précisément une éruption de ce genre; il avait tout le corps, tronc et membres, sauf la face, couvert de petites papules miliaires, ressemblant un peu à celles de la rougeole boutonneuse; en certains points, notamment aux fesses, on voyait quelques papules blanchâtres, entourées d'une auréole rouge et offrant absolument l'aspect de l'urticaire, les démangeaisons étaient modérées, l'éruption durait depuis deux jours et avait été précédée de cinq à six jours de malaise, fièvre, courbature, lassitude générale, douleurs dans les membres (sans coryza oculo-nasal ni bronchite); la rougeole étant éliminée, le diagnostic de fièvre pseudo-exanthématique étant admis, nous le demandons, sur quoi se basera-t-on pour faire le diagnostic entre l'érythème polymorphe et la fièvre ortiée? Des cas de ce genre sont plus fréquents qu'on ne pense.

Cherchera-t-on un élément de diagnostic dans les phénomènes généraux; mais ils sont identiques dans ces trois affections, urticaire fébrile, purpura fébrile et érythème fébrile; ce sont des symptômes qui indiquent l'invasion de l'économie, sa prise de possession par un principe infectieux, qu'il soit microbe, virus ou poison quelconque. Fièvre, céphalalgie, malaise général, troubles gastriques, vertiges, courbature, phénomènes douloureux dans les membres, le tableau est toujours le même; et, pour qu'on n'en puisse douter, nous donnons ici même une observation de purpura idiopathique, que nous avons recueillie cette année :

OBSERVATION XXII

Purpura primitif.

(Personnelle).

P..., 42 ans, épicier, homme robuste, d'une bonne santé habituelle, sans maladie antérieure, sans antécédents rhumatismaux.

Depuis environ six semaines, cet homme n'avait plus de goût au travail ; il avait de temps en temps des frissons, et le rhume.

Le 13 avril, il fut obligé de se coucher ; grands frissons, fièvre, céphalalgie, nausées, malaise général, courbature dans les membres (il lui semblait qu'il avait été roué de coups).

Même état le 14 ; un peu de toux le matin, reste alité.

Le 15, éruption de taches purpuriques aux deux jambes ; sensation de piqure, de brûlure pendant l'éruption. Le même jour, deux épistaxis (la veille, il y avait quelques filets de sang dans l'expectoration). La céphalalgie disparaît, et le malade est soulagé ; il se lève.

Le 16, l'éruption fait encore quelques progrès ; plus de phénomènes généraux.

Le 17, vient se présenter à la consultation de l'hôpital. On constate : aux deux jambes, de petites taches purpuriques, rouge lie de vin, ne disparaissant pas à la pression du doigt ; en quelques endroits, ces taches sont confluentes et forment de larges macules, rouges, irrégulières. L'éruption ne remonte pas au-dessus des genoux. Il existe un peu d'œdème des deux côtés.

Plus de phénomènes généraux. Plus de douleurs. A l'auscultation, quelques râles sibilants disséminés. Pas d'albumine dans l'urine.

21 *Avril*. Les taches ont disparu, sauf quelques-unes au niveau des chevilles.

Quelle différence fait-on entre les phénomènes généraux qui ont précédé cette éruption et ceux qui accompagnent l'érythème polymorphe typique ?

Et l'analogie ne s'arrête pas là. De même que nous avons vu l'érythème polymorphe exister secondairement dans un grand nombre de maladies infectieuses, de même nous avons l'urticaire, le purpura des maladies infectieuses ; de même qu'il y a des érythèmes qui sont le résultat d'une intoxication, de même il y a des purpuras et surtout des urticaires produits par l'intoxication ou l'ingestion de certains aliments ; enfin, il y a des érythèmes de cause nerveuse, centrale, comme des purpuras et des urticaires, et nous voyons ces trois efflorescences

apparaître indifféremment chez des hémiplegiques, des ataxiques, des hystériques; et, si on veut des faits, nous citerons un malade que nous avons vu cette année dans le service de M. le professeur Spillmann, atteint de goître exophtalmique, et qui présenta à un moment donné deux belles papules, grandes comme des pièces de 2 fr., rouge foncé, symétriquement disposées sur le dos des poignets, et qui étaient des types d'érythème papuleux; le goître exophtalmique est considéré comme une névrose; quoi de plus fréquent que l'urticaire dans le cours des grandes névroses, l'épilepsie, l'hystérie surtout, le goître exophtalmique lui-même? Si on veut des faits encore ou des exemples, pourquoi voit-on quelquefois le purpura (Kaposi) ou l'urticaire (observations citées dans les thèses de Marquet et de de Molènes-Mahon) apparaître dans le cours de la maladie de Hebra? pourquoi certains médicaments produisent-ils, chez les mêmes personnes, tantôt l'érythème et tantôt le purpura, et quelquefois simultanément ces deux efflorescences, ainsi que cela a été signalé pour le sulfate de quinine, le copahu, l'arsenic? Tout cela n'indique-t-il pas que toutes ces lésions sont les mêmes, à des degrés différents? Et Hebra, en créant l'érythème polymorphe et en identifiant l'érythème papuleux et l'érythème vésiculeux, a été plus hardi que ceux qui proposent actuellement d'y joindre le purpura et l'urticaire.

Nous arrêtons là notre plaidoyer; au reste, nous n'avons nullement la prétention de résoudre la question; elle est posée, l'avenir y pourvoira. En tous cas, ce qu'il nous sera permis de conclure, c'est que si l'urticaire et le purpura fébriles ne sont pas *la même chose* que l'érythème polymorphe, ils en sont au moins tout voisins, et qu'ils doivent être rangés tout à côté de lui dans cette classe des fièvres exanthématiques, domaine encore si peu exploré et si peu connu. C'est l'avenir qui nous

apprendra s'il n'y a qu'une fièvre pseudo-exantématique avec trois ou quatre variétés, ou si chacune de ces variétés doit former une entité à part, relevant d'une infection spéciale : la parole est aux bactériologistes.

Le *pronostic* de l'érythème polymorphe varie suivant qu'on a affaire à la forme fébrile, ou à la forme apyrétique. Dans ce dernier cas, il est essentiellement bénin; même dans la forme fébrile, il reste encore favorable dans la majorité des cas; nous avons vu, en effet, que la proportion des terminaisons funestes est, pour Lewin, d'environ 10 sur 70 cas; et ce chiffre est certainement exagéré : lorsque la mort se produit, on trouve à l'autopsie les lésions ordinaires des maladies infectieuses, sang noir, épais, foie graisseux et hypertrophié, rate diffuse, etc.... Il faut encore mentionner, parmi les causes qui assombrissent le pronostic, la nature de certaines complications qui peuvent créer une lésion durable; ce sont surtout l'endocardite, qui peut devenir une source de lésions valvulaires pour l'avenir, et la néphrite, qui peut passer à l'état chronique et engendrer un mal de Bright, ainsi que cela se voit quelquefois pour la scarlatine.

On a noté (les Allemands surtout, Ueffelmann, Behrend, Pick) l'apparition de la tuberculose peu après l'érythème polymorphe; il est probable que, là, comme pour la rougeole, le développement du bacille de Koch a été favorisé par la débilitation extrême qui suit fréquemment la maladie. Lewin a particulièrement appelé l'attention sur cet état d'anémie profonde

qui survient quelquefois dans la convalescence de l'érythème exsudatif; cette grande faiblesse pourrait même, d'après lui, apparaître dans les cas les plus bénins en apparence; la convalescence alors n'en finit pas, le malade, sous l'influence du processus morbide auquel il a dû ses manifestations cutanées, traîne pendant de longs jours, parfois pendant plusieurs mois.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT.

Jusqu'à ces derniers mois, il n'y avait aucun traitement de l'érythème polymorphe. Hebra, Kaposi, Duhring recommandent purement et simplement l'expectation ; Besnier se borne également au repos au lit, les jambes entourées de flanelle et placées dans une position élevée. De Molènes-Mahon indique une série de palliatifs : le sulfate de quinine contre la fièvre, l'opium contre les douleurs, les toniques, les stimulants contre l'abattement ; et comme applications thérapeutiques locales l'enveloppement des parties qui sont le siège d'éruptions par des compresses mouillées d'eau froide, ou d'eau de Goulard ; si le froid n'est pas supporté, l'application de fomentations chaudes de camomille ou de guimauve.

Mais voici que M. Villemin, dans une communication qu'il adressa à l'Académie de médecine le 18 mai 1886 (1), préconisa l'emploi, dans l'érythème polymorphe, d'un médicament qu'il

(1) Ce mémoire a été publié dans la Gazette hebdomadaire, 1886, nos 22 et 23.

affirmait être infaillible, spécifique ; ce médicament n'était autre que l'iodure de potassium, et Villemain citait à l'appui de son assertion onze observations d'érythème polymorphe, dans lesquelles l'iodure de potassium paraissait en effet avoir jugulé et la manifestation cutanée et les phénomènes généraux, y compris la fièvre. Voici d'ailleurs comment Villemain s'exprime lui-même à cet égard :

« Je ne crois pas que la thérapeutique possède une substance aussi nettement, aussi *merveilleusement spécifique* que l'est ce sel dans l'érythème polymorphe. Dans l'espace de 24 à 48 heures et avec une dose moyenne de deux grammes par jour, tous les symptômes de la maladie sont simultanément modifiés d'une façon surprenante. La quinine n'a certainement pas dans la fièvre intermittente cette rapidité et cette sûreté d'action. La veille on avait un malade avec une température de 39 à 40 degrés, un érythème douloureux, induré, rouge vif, une courbature pénible, des douleurs intolérables dans les membres, et dans les jointures, de la prostration, de l'insomnie ; le lendemain tout est changé : la température est à 37°, l'érythème pâlit, s'efface, perd son induration, les douleurs s'évanouissent, les tuméfactions articulaires se dissipent et dans trois ou quatre jours il n'y a plus trace de la maladie.

« Plus la fièvre est élevée, plus sa chute est marquante. En douze heures, on voit parfois la température diminuer de 2 degrés. La disparition des douleurs a lieu aussitôt que celle de la fièvre, ou la suit de très près. Mais, lorsqu'il y a des épanchements et des œdèmes, ceux-ci ne se résorbent pas toujours instantanément ; on comprend, du reste, qu'il faille quelques jours pour faire rentrer dans la circulation les liquides extravasés.

« La disparition de la coloration érythémateuse et la résolution des nodosités se font aussi avec la plus grande rapidité.

Vingt-quatre heures suffisent pour leur imprimer des changements extraordinaires. Ce sont les papules et les tubercules les plus récents qui disparaissent les premiers.

« Tous les observateurs ont signalé la tendance aux récidives. Le traitement spécifique que nous préconisons n'en préserve pas. On voit très fréquemment des retours de l'érythème lorsqu'on croyait sa disparition définitive. L'usage de l'iodure de potassium pendant 24 à 48 heures a toujours suffi pour faire avorter les premières ébauches de récidives. »

On le voit, l'affirmation de Villemin est catégorique, absolue. Nous avouons que la lecture de ses observations, de ses « pièces à conviction », comme il les appelle, conduit à partager son opinion. Analysons-les très sommairement :

Obs. 1. — Erythème polymorphe (nouveaux, papuleux, vésiculeux) avec conjonctivite. Deux jours d'iodure de potassium ont suffi pour amener la défervescence fébrile, la rétrocession et la disparition de la manifestation cutanée de l'érythème.

Obs. 2. — Eryth. polymorphe (papuleux et nouveaux), avec arthrite. Défervescence fébrile 24 heures après l'iodure, disparition plus que complète de l'éruption, des douleurs et des épanchements articulaires en 48 heures.

Obs. 3. — Erythème papuleux survenu dans le cours d'une syphilis secondaire. Disparition de l'éruption et chute de la fièvre au bout de 24 heures d'iodure. Récidive 12 jours après, disparition en 24 heures.

Obs. 4. — Erythème papuleux et nouveaux. Disparition en 48 heures d'iodure.

Obs. 5. — Érythème polymorphe (papuleux et nouveaux). L'iodure est donné le lendemain même de l'apparition de l'éruption ; au bout de 24 heures tout avait disparu.

Obs. 6. — Érythème polymorphe avec arthrite des deux ge-

noux. Disparition de l'éruption en 48 heures, de l'épanchement articulaire 4 jours après l'absorption de l'iodure.

Obs. 7. — Érythème polymorphe (papuleux, noueux, circonscrit), arthrites des genoux et des poignets. Iodure 7 jours après le début de l'éruption. Disparition de l'éruption en 48 heures, des arthrites en 4 jours.

Obs. 8. — Érythème polymorphe (papuleux, noueux). Disparition au bout de 48 heures d'iodure.

Obs. 9. — Érythème polymorphe (papuleux). Iodure 5 à 6 jours après le début; disparition en 24 heures.

Obs. 10. — Érythème polymorphe (papuleux, noueux), à forme typhoïde. L'iodure est donné après 6 jours de prodromes, le jour même où apparaît l'éruption; dès le lendemain, amélioration notable de l'état général, abaissement de température de 1 degré et demi, disparition des douleurs; au bout de 48 heures, effacement de l'érythème et guérison.

Obs. 11. — Érythème polymorphe (noureux, papuleux). Iodure donné le jour même de l'apparition de l'exanthème; disparition en 48 heures.

La dose moyenne d'iodure donné a été, dans tous ces cas, de 2 grammes.

Un fait qu'il faut bien remarquer, c'est que, dans presque toutes ces observations (sauf les 3 ou 4 premières), l'iodure a été donné en moyenne 3 à 4 jours après le début de l'éruption, et la disparition de celle-ci s'est toujours effectuée en 24 ou 48 heures.

Or tous les auteurs accordent à la période d'état de l'érythème polymorphe une durée de 2 à 4 semaines. L'action spécifique de l'iodure de potassium nous semble ressortir avec évidence de cette simple comparaison.

Voyons maintenant quelle a été l'influence de l'iodure sur les malades, dont nous avons donné les observations dans ce

travail. Tout d'abord, dans quatre cas, l'éruption durait depuis plus de 15 jours et avait presque disparu, quand l'iodure a été donné ; il semble que la disparition ait été hâtée, mais on ne peut évidemment rien conclure (Obs. n^{os} II, III, IV, VI). Dans sept cas, l'iodure a été donné dès le début ; or, sur ces sept malades, (Obs. I, VIII, IX, XI, XV, XVI et XVII), son action a été nulle ou peu marquée une fois (Obs. XVI), et six fois au contraire une amélioration notable a été observée en moyenne au bout de 48 heures dans l'état général et dans l'état local. Analysons ces six cas avec plus de détails :

1^o Obs. n^o VIII. Erythème iris. Phénomènes généraux assez marqués (fièvre, céphalalgie, douleurs, nausées). L'iodure est donné le troisième jour de l'éruption (sixième jour de la maladie). Le lendemain, la température, qui avait été constamment au-dessus de 38°,5, tombe à 37°,5 : l'éruption pâlit ; deux jours après, elle a presque disparu ; la fièvre n'est pas revenue.

2^o Obs. n^o I. Erythème papuleux. Phénomènes généraux d'intensité moyenne. L'iodure est donné le lendemain de l'apparition de l'éruption (huitième jour de la maladie) ; au bout de trois jours, il ne restait plus que des traces de l'exanthème.

3^o Obs. n^o XVI. Erythème noueux ; pas de phénomènes généraux. L'iodure est donné le huitième jour ; 48 heures après, les nodosités s'étaient effacées.

4^o Obs. n^o IX. Erythème papulo-noureux, avec phénomènes généraux moyens. L'iodure est donné deux jours après l'éruption ; 48 heures après, il ne restait plus qu'une nodosité ayant conservé sa teinte rouge sombre ; et cette nodosité s'effaçait elle-même le jour suivant ; l'état saburral des voies digestives disparaissait également.

5^o Obs. n^o XVII. Erythème papulo-vésiculeux, à forme grave, typhoïde ; bronchite, endocardite. L'iodure est donné dix jours après l'apparition de l'exanthème, quinze jours environ après

le début de la maladie. Quatre jours après, l'éruption était en pleine voie de décroissance et les phénomènes généraux, qui étaient si graves, notablement diminués; une nouvelle poussée, très discrète d'ailleurs, ne dura pas plus de deux jours. L'action de l'iodure ne s'est fait sentir ici qu'au bout de quatre jours; mais il faut remarquer que les symptômes cliniques présentaient une gravité exceptionnelle, et, pour nous, qui croyons réellement à l'action spécifique de l'iodure de potassium, il est infiniment probable que le malade aurait succombé s'il n'avait pas fait usage de ce médicament.

6° Obs. n° XI. Erythème vésiculeux. L'iodure est donné le troisième jour de l'éruption; deux jours après, on note : Etat général considérablement amélioré; nuit bonne; plus de fièvre; l'éruption a cessé et est remplacée par des croûtelles et des macules. En outre, il faut remarquer que, depuis un an, ce malade a eu trois ou quatre récidives de son érythème, principalement au niveau des muqueuses (buccale et préputiale), et chaque fois, ces récidives ont cédé très rapidement au traitement par l'iodure.

Enfin, chez trois de nos malades (obs. VI, VII et XIV) l'iodure n'a pas été donné; deux de ces malades n'ont pas présenté de phénomènes généraux; leurs exanthèmes ont duré respectivement douze et seize jours (obs. VI et VII). La troisième malade (obs. XIV) avait un érythème noueux qui durait depuis cinq semaines quand nous la vîmes, et qui s'était manifesté sur la peau et sur la muqueuse buccale; or l'exanthème n'avait pas encore disparu au bout de ce temps, et les phénomènes généraux (lassitude, céphalalgie, anorexie) existaient encore.

On avouera que voilà une coïncidence bizarre: dans les quinze cas d'érythème polymorphe que nous avons observés, il n'en est qu'un dans lequel les symptômes tant locaux que généraux aient présenté exactement la marche et la durée que

signalent tous les auteurs, et c'est justement l'un des trois seuls cas où l'iodure n'ait pas été donné. Pour nous, cette démonstration négative vient puissamment corroborer l'affirmation de Villemin, et nous tenons pour certaine l'action spécifique de l'iodure de potassium sur l'érythème polymorphe, avec les conséquences que nous en avons fait découler (argument en faveur de la théorie infectieuse, moyen de diagnostic avec le rhumatisme articulaire aigu).

CONCLUSIONS

I. — L'érythème polymorphe est une maladie infectieuse, absolument analogue, comme symptômes et marche cliniques, aux fièvres éruptives, à côté desquelles il doit désormais prendre place logiquement dans le cadre nosologique.

II. — Au point de vue clinique, l'érythème polymorphe se présente sous deux formes bien tranchées : une forme bénigne, apyrétique, sans phénomènes généraux, et une forme grave, ayant toutes les allures d'une infection mortelle, et pouvant se terminer fatalement. Il va sans dire qu'on peut observer tous les intermédiaires.

III. — Les complications ou localisations viscérales et articulaires de l'érythème polymorphe sont celles de toutes les maladies infectieuses ; loin de prouver sa nature rhumatismale, elles sont au contraire un argument en faveur de la théorie infectieuse.

Les érythèmes polymorphes, à forme typhoïde, ont été confondus bien souvent avec la fièvre typhoïde.

IV. — Le pemphigus, l'urticaire et le purpura ne sont probablement que des variétés de l'érythème polymorphe. Reste à savoir s'il y a une fièvre pseudo-exanthématique unique, ou

différentes fièvres pseudo-exanthématiques, qui doivent être rangées, comme autant d'entités morbides distinctes, à la suite des exanthèmes vrais. La bactériologie nous donnera probablement la solution de cette question.

V. — Le microbe de l'érythème polymorphe paraît être celui qu'a décrit Haushalter; peut-être existe-t-il plusieurs micro-organismes, ainsi que l'ont fait voir récemment Legrain et Demme.

VI. — L'iodure de potassium paraît avoir une action spécifique sur l'érythème polymorphe.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALIBERT. Monographie des dermatoses. Paris 1832.
- ANDRET. Des manifestat. cutanées de la blennorrhagie.
Thèse Paris 1884.
- ANTONOFF. Erythème et purpura dans le rhumatisme aigu.
Thèse Nancy 1883.
- ARNAUD. De l'éryth. polym. fébrile à forme grave. Thèse
Lyon 1883.
- BAZIN. Affections de nature arthritique et dartreuse.
- BEGBIE. Remarks on eryth. nod. and its connection with the
rheumatic diathesis. In monthly Journ of med. sc. Edinburg
1850.
- BEHREND. Art. érythème in Real Encyclopädie der gesammten
Heilkunde. Berlin 1883.
- BESNIER. Dermopathies rhumatismales. Ann. de dermatologie.
Tome VIII.
- BOUCHARD. Maladies par ralentissement de la nutrition. Paris
1882.
- BOURCY. Des déterminations articulaires des maladies infec-
tieuses. Thèse Paris 1883.
- CABIRAN. Des éruptions de la fièvre typhoïde. Th. Paris 1879.
- CAZENAVE ET SCHEDEL. Abrégé pratique des maladies de la
peau. Paris 1847.

- CHOUSSY. Exanthèmes cutanés dans le rhumatisme et la goutte.
Gaz. hebd. 1860, p. 758.
- DECHAMBRE. Considérat. sur les éruptions dans leurs rapp.
avec le rhumatisme. Gaz. hebd. 1860, p. 676.
- DEVERGIE. Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1857.
- DEUDY. Dict. of pract. med. Art. Erythema.
- DRIVON. Des éruptions rhumatismales. Thèse de Montpellier
1862.
- DUHRING. Traité des maladies de la peau (Trad.) 1882.
- FABRE (de Commeny). De la maladie de Hebra. Paris 1883.
- FERRAND. Les exanthèmes des rhumatismes Th. Paris 1862.
- FUCHS. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1876.
- GEFFROY. Affect. cutanées dans la fièvre typhoïde. Thèse
Paris 1883.
- GENEIX. Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale, et
en particulier de l'éryth. polym. Th. Paris 1883.
- HARDY. Art. érythème in Dict. Jaccoud.
- HAUSHALTER. Contrib. à l'étude de l'éryth. polymorphe. Ann.
de Dermatologie, 25 nov. 1887.
- HEBRA. Traité des maladies de la peau. Trad. Doyon, 1872.
- HUTCHINSON. Med. Times, 1878.
- JACQUET. Des érythèmes polymorphes. Gaz. des hôpit. 8 oct.
1887.
- KAPOSI. Leçons sur les maladies de la peau. Trad. Besnier et
Doyon. Paris 1881.
- KÖBNER. Arch. für Dermat. und Syphil. 1869, p. 209-219.
- LEMAIGRE. Etude sur une variété d'exanthème dans le cours
de la fièvre typh. Th. Paris 1883.
- LEWIN. Berliner Klinisch. Wochenschrift 1876 n° 23.
- LEWIN. Charité Annalen. Berlin 1878.
- LYON MÉDICAL. Octobre 1882. Discussion sur les érythèmes
rhumatismaux.

MARQUET. De l'érythème polymorphe grave ou infectieux. Th. Paris 1885.

MESNET. Des érythèmes blennorrhagiques. Th. Paris 1884.

MOLÈNES-MAHON (de). De l'érythème polymorphe. Th. Paris 1884.

NEUMANN. Wiener med. Wochenschrift 1879, n° 44.

NEUMANN. Traité des maladie de la peau (Trad.Darin). Paris 1880.

NODET. Contrib. à l'étude des éruptions pemphigoïdes aiguës Th. Lyon 1880.

OEHME. Archiv. der. Heil. Bd XVIII, 1877.

PICK. Prager med. Wochenschrift. 1876, n° 20.

RAYER. Traité des maladies de la peau. Paris 1835.

RAYMOND ET NÉLATON. Variété d'érythème dans la fièvre typh. Progrès médical.

REVUE DES SCIENCES MÉDICALES (Hayem) T. XVI. Discussion de la société médicale de Berlin, séance du 14 mai 1879 (à propos de l'éryth. exsudatif).

RICHARDIÈRE. Ann. de dermat. 1882, p. 409.

RONDOT. Erythème noueux fébrile et ses complications, Paris 1883.

G. SÉE ET TALAMON. Clinique de l'Hôtel-Dieu, in Progrès médical, 1883, nos 15 et 16.

SPILLMANN. Ann. de Dermatologie 1881.

SPILLMANN. Ass. franç. pour l'avancement des sciences. Congrès de Grenoble 1885.

TROUSSEAU. Cliniques de l'Hôtel-Dieu. T. I.

UFFELMANN. Deutsches Archiv. f. Klin. med. Band 1873, nos 4 et 5.

VILLEMEN. De l'éryth. polym. ; sa nature et son traitement spécifique. Gaz. hebd. 1886, nos 22 et 23.

WATSON. Lectures of the. pract. of. phys. Vol. II. p. 836.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
HISTORIQUE.	10
CHAPITRE PREMIER. — Description des manifestations cutanées de l'érythème polymorphe.	17
§ 1 ^{er} . — Définitions.	17
§ 2. — Erythème noueux.	26
§ 3. — Erythème papuleux.	32
§ 4. — Erythèmes vésiculeux et bulleux	38
§ 5. — Manifestations sur les muqueuses.	46
CHAPITRE II. — Description clinique de l'érythème polymorphe. .	48
§ 1 ^{er} . — Symptomatologie générale. Marche. Durée.	48
§ 2. — Complications et manifestations viscérales.	60
CHAPITRE III. — Des érythèmes polymorphes symptomatiques. .	67
CHAPITRE IV. — Pathogénie. — Bactériologie.	82
CHAPITRE V. — Diagnostic et Pronostic.	95
CHAPITRE VI. — Traitement.	105
CONCLUSIONS.	112
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	114
